

## Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia

Ángela Rodríguez de Cossío<sup>a</sup>, Olvido Granada Jiménez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo.

<sup>b</sup> Psiquiatra. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Correspondencia:  
Ángela Rodríguez de Cossío. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria,  
C/ Barcelona nº 2,  
45005 – Toledo.  
correo electrónico:  
ardecossio@gmail.com.

Recibido el 4 de diciembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 16 de enero de 2007.

### RESUMEN

La depresión Mayor (DM) se define como el estado de ánimo depresivo o irritable casi todos los días y durante la mayor parte del día, durante más de dos semanas. Este trastorno altera el desarrollo normal del niño a adolescente, generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares y emocionales.

Ha sido un tema muy controvertido no aceptándose su existencia antes de la adolescencia tardía hasta ser reconocida como entidad propia en edades tempranas. Es similar a la del adulto variando enormemente la clínica en función de las diferentes etapas del desarrollo de niño.

Su prevalencia es de un 2% en niños y un 4-8% en adolescentes, aumentando con la edad, y con claras diferencias por sexos después de la pubertad.

Existe escasa evidencia en niños y adolescentes en lo que se refiere al tratamiento, la mayoría basados en la experiencia clínica o en extrapolaciones de estudios en adultos.

En el tratamiento farmacológico son de elección los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS), siendo la fluoxetina el único antidepresivo autorizado en EEUU en niños y adolescentes. Recientemente, en España, se ha ampliado la indicación de fluoxetina a niños mayores de 8 años y adolescentes con depresión severa-moderada que no responden a psicoterapia. Todos los estudios publicados basan su abordaje terapéutico en un tratamiento psicofarmacológico.

**Palabras clave.** Trastornos depresivos, Infancia, Adolescencia.

### ABSTRACT

Depressive disorders in childhood and adolescence

Major depression (MD) is defined as a depressed or irritable mood almost every day for most of the day for more than two weeks. This disorder effects the normal development of a child to an adolescent, causing social, educational and emotional disabilities.

This has been a very controversial issue, viewpoints ranging from not being accepted as occurring before late adolescence to being a recognised entity in younger children. It is similar to that in adults and the clinical picture varies enormously depending on the different stages of the child's development.

Its prevalence is 2% in children and 4-8% in adolescents, increasing with age, and there is a clear difference as regards gender after puberty.

There is very little evidence of treatment in children and adolescents, most treatments are based on clinical experience or extrapolations of studies in adults.

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) is the pharmacological treatment of choice, fluoxetine being the only antidepressant drug authorised in the USA for children and adolescents. Recently, in Spain, the use of fluoxetine has been extended to children over 8 years and adolescents with severe to moderate depression who do not respond to psychotherapy. All published studies base their therapeutic approach on psychopharmacological treatment.

**Key words.** Depressive disorders, Childhood, Adolescence.

### CONCEPTO

La depresión infanto-juvenil constituye una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en esta edad cuando se dan una combinación de síntomas que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo. Es relativamente frecuente y se asocia a una morbilidad significativa aunque infradiagnosticada en niños y adolescentes (aproximadamente dos tercios de los adolescentes con depresión clínica no están reconocidos ni tratados).

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos del humor en la edad infanto-juvenil han sido un tema muy discutido en las últimas décadas, pasando de su negación antes de la adolescencia tardía hasta su reconocimiento como entidad propia en edades tempranas. En líneas generales presenta similitudes con la del adulto, variando enormemente la clínica en función de las diferentes etapas del desarrollo de niño.

Los estados del ánimo engloban los siguientes cuadros:

- **Distimia:** se caracteriza por síntomas menos graves, pero más crónicos (durante la mayor parte del día, casi todos los días y al menos durante un año) y persistentes que la depresión mayor (DM). El niño con distimia vive en un mundo teñido de un color gris sin alegría, que a veces se acompaña de deterioro psicosocial y del rendimiento escolar.
- **Trastorno bipolar:** alternan períodos de depresión con períodos de manías y con altos niveles de energía, grandiosidad y/o irritabilidad.
- **Depresión Mayor (DM):** estado de ánimo depresivo o irritable casi todos los días y durante la mayor parte del día, durante más de dos semanas. Este trastorno altera el desarrollo normal del niño a adolescente, generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares y emocionales.

Actualmente, la depresión mayor y la distimia representan uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en niños y adolescentes. Los médicos de atención primaria y los pediatras juegan un papel primordial en el reconocimiento y tratamiento de los trastornos depresivos en los niños y adolescentes.

## EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil realizar estudios debido a problemas de selección de muestras de acuerdo con los criterios diagnósticos, existencia de instrumentos diversos, etc.

La prevalencia es de un 2% en niños y un 4-8% en adolescentes. Es una patología que se incrementa con la edad. La diferencia por sexos es significativa después de la pubertad, siendo en la adolescencia 1:2 entre chicos y chicas, pero en mayores de 13 años los chicos presentan depresiones más graves y precoces, de peor diagnóstico y asociadas frecuentemente a trastornos de la conducta.

La comorbilidad es alta, siendo la más frecuente la "depresión doble" (sobre una historia distímica se desarrolla un episodio de DM), así como asociada con trastornos ansiosos y abuso de sustancias. En niños pequeños el trastorno por ansiedad de separación es la comorbilidad más frecuente.

## ¿CÓMO PODEMOS APROXIMARNOS AL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE UN NIÑO O ADOLESCENTE?

Se debe realizar una evaluación diagnóstica psiquiátrica elaborando una buena historia clínica que debe ser realizada por clínicos expertos y debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo y los factores culturales, incluyendo entrevistas con el niño, padres, profesores y pediatras. A veces colaboran poco con la exploración por estar irritables y tener dificultad para expresar sentimientos.

La evaluación diagnóstica es más difícil a medida que disminuye la edad (los niños pequeños tienen más dificultades para reconocer y entender el significado de sus síntomas, así como para comunicar sus experiencias emocionales y psicológicas a los otros).

Se llevarán a cabo entrevistas estandarizadas. Estas entrevistas aplicadas a niños de al menos 8 años de edad han obtenido una buena fiabilidad inter-entrevistador y han permitido establecer el diagnóstico categorial de una forma precisa, aunque también se han utilizado como elemento de screening para maximizar la intervención del clínico, como instrumento de investigación clínica y como herramienta de apoyo en el contexto de salud mental (Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000).

Es importante identificar los factores de riesgo. Se asocian con la aparición, duración y recurrencia de trastornos del humor en la adolescencia:

- Factores hereditarios.
- Endocrinos: aumento de cortisol y disminución de la hormona del crecimiento.
- Neurológicos: se reduce la acción del neurotransmisor cerebral llamado SE.
- Factores psicológicos como experiencias de fracaso, ausencia de control sobre los acontecimientos negativos e indefensión, baja autoestima, pocas habilidades sociales de comunicación (comparados con los niños no deprimidos) y obtención de pocos refuerzos por parte de personas significativas.
- Factores socioculturales: factores familiares que se asocian con depresión incluyen depresión parental, muerte precoz de uno de los padres, conflicto o divorcio mal estructurado, problemas familiares, etc. Los niños pasan demasiado tiempo solos y delante del ordenador, videojuegos y televisión.
- Factores biológicos: los niños que tienen un padre o ambos padres deprimidos tienen dos y cuatro veces más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, respectivamente.

En cuanto al diagnóstico Clínico, cualquier niño puede sentirse triste en un momento determinado, pero para recibir el diagnóstico de episodio depresivo mayor deben cumplir los criterios diagnósticos de DSM-IV-R o

CIE-10. Con cualquiera de las dos clasificaciones se puede realizar el diagnóstico, aunque sólo la DSM-IV-R especifica mínimamente algún síntoma en niños y adolescentes.

En los niños menores de 6 años basta que aparezcan tres criterios (subrayados en la tabla 1). A veces estos criterios son insuficientes para diagnosticar la depresión en las diferentes etapas del desarrollo infantil, siendo difícil obtener mayor información respecto a cómo el niño conceptualiza, vivencia y manifiesta sus estados de ánimo en los diversos estados evolutivos. Teniendo en cuenta esto, Herzog y Rathbunhan propusieron un sistema evolutivo del diagnóstico en cualquier edad: al menos 4 conductas disfuncionales deben estar presentes y éstas varían de acuerdo con el desarrollo.

Las escalas de evaluación pueden ayudar a apoyar el diagnóstico. Su mayor aplicación es complementar la información clínica, siendo un elemento de utilidad para evaluar la severidad y el control de la evolución del paciente. Las más utilizadas en la depresión del niño y del adolescente son:

1. El inventario de Depresión de Niños (CDI). Es un cuestionario de 27 ítems para niños y adolescentes entre 7 y 16 años que se realiza en 10 minutos. El CDI tiene una validez aceptable.
2. Inventario de depresión de Beck (BDI). Es la medida de autoinforme de la depresión más extendida y utilizada. Consta de 21 ítems con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples.
3. Escala de valoración de Hamilton para la depresión. Se realiza a través de un observador externo convenientemente entrenado y familiarizado en su utilización. Puntuaciones superiores a 18 son indicativas de patología depresiva.
4. Escala autoaplicada para la depresión. Es el autoinforme más utilizado en los campos médicos y psiquiátricos. Es sencilla de manejar y puntuar. Los sujetos deben responder a 20 ítems. La escala está equilibrada, la mitad de los ítems son sintomáticamente negativos y la otra mitad positivos.

## TRATAMIENTO

Es escasa la evidencia de los tratamientos en niños y adolescentes, la mayoría basados en los resultados de la experiencia clínica o en extrapolaciones de estudios en adultos.

Todos los estudios publicados basan su abordaje terapéutico en un tratamiento psicofarmacológico.

En base a la experiencia clínica y a revisiones de ensayos rdbdomizados en niños y adolescentes:

- La psicoterapia sería de primera elección en depresión leve-moderada y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual.

- La farmacoterapia sería de primera elección en: depresión moderada-severa, depresión psicótica y cuando no hay respuesta a psicoterapia en depresión leve-moderada.
- Dado el contexto psicosocial de la depresión lo ideal sería un tratamiento combinado.

Se considera, por tanto, multimodal (intervenciones a nivel individual, familiar, social y farmacológico), combinando distintos enfoques terapéuticos, dependiendo del diagnóstico, la edad del paciente y las características sociofamiliares.

Es aconsejable pedir el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento farmacológico, y en el caso de algunas terapias no farmacológicas que pudieran provocar a corto plazo reacciones traumáticas, sobre todo, de modificación del comportamiento con afrontamiento de fobias in situ o invivo. El documento debe ser firmado por los padres o tutores legales en caso de menores de edad.

## Psicoterapia

### 1. Psicoeducación.

- Educar tanto a padres como adolescentes de que la depresión es una condición biológica y que no está bajo el control del adolescente, y resaltar la importancia de la nutrición, el sueño y el ejercicio.
- La anergia, la falta de interés, combinado con los sentimientos de desesperanza, conducen a evitar responsabilidades sociales y académicas, lo cual hace que empeore la depresión, así como al desarrollo de trastornos comórbidos como la fobia al colegio. Los pacientes con depresión deben ser estimulados para participar en sus actividades normales de la vida diaria.
- Intervenciones escolares: enseñar habilidades para solucionar los problemas. Se trata de modificar las actividades en el colegio para ayudar al adolescente a experimentar éxito e incluir disminución de la carga de trabajo temporalmente y del número de horas en el colegio.
- Intervenciones familiares: son parte integral del tratamiento de la depresión. El médico debería determinar el nivel premórbido del funcionamiento familiar, el impacto que ha tenido en la familia la depresión del niño o adolescente y cómo han respondido los miembros de la familia a esta situación.

### 2. Psicoterapia.

Las intervenciones psicoterapéuticas también forma parte integral del tratamiento de la depresión. Incluimos:

- Terapias cognitivo-conductuales. Constituyen el tipo de psicoterapia más usado. Es de elección en depresión leve-moderada. Reúne un grupo de tratamientos, derivados en su mayoría del adulto, que incluyen

terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas (siendo opcional la relajación), terapia racional emotiva, intervenciones operantes o intervenciones multi-componentes. Esta terapia se basa en la premisa de que los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en cómo se ven ellos mismos, ven su entorno y el futuro, y en que estas distorsiones cognitivas contribuyen a su depresión. Está destinada a que el paciente aprenda nuevas habilidades en su forma de percibir, entender y reaccionar ante las dificultades, y así reducir la gravedad y duración de la enfermedad. Es eficaz tanto en escolares con síntomas depresivos, como en adolescentes con depresión clínica y en la prevención de las recaídas. La revisión literaria y el meta-análisis de los estudios localizados llevados a cabo por Reinecke et al apoyan la eficacia de estas intervenciones tanto a corto como a largo plazo. Según Jayson et al, el éxito del tratamiento cognitivo-conductual está relacionado con la menor severidad del cuadro y con la menor edad de los adolescentes. La duración de los tratamientos no es larga (aproximadamente 12-20 sesiones). La mayoría de estudios han encontrado una tasa alta de recaídas en el seguimiento si se aplica como única modalidad.

- **Terapia interpersonal.** Se enfocan las situaciones de duelo, las disputas interpersonales, las transiciones en las etapas de desarrollo y la corrección del déficit en las relaciones interpersonales con el niño y el adolescente. Es una psicoterapia breve que fue desarrollada para su uso con adultos depresivos. Está centrada en las relaciones sociales del individuo y el estado actual de las mismas. Los principales objetivos son disminuir la sintomatología depresiva y mejorar el funcionamiento interpersonal en el contexto de las interacciones. El riesgo de recaídas parece ser bajo después de un tratamiento intensivo.

- **Terapia psicodinámica.** No existen estudios controlados sobre esta técnica. En los preescolares se realizará la terapia a través del juego, en los escolares con juegos más estructurados y en adolescentes con terapia similar al adulto.

- **Terapia de grupo.** El objetivo de esta terapia es favorecer el desarrollo de las habilidades sociales y reducir el aislamiento social del adolescente deprimido.

- **Intervenciones sociofamiliares.** Incluye a padres y familiares. La intervención de los familiares es parte integral del tratamiento de la DM. Es fundamental conocer la sintomatología de su hijo, comprender sus actitudes, aceptar la enfermedad, y no reforzar las conductas negativas. Es necesario si fuese preciso ofrecerles ayuda a los padres.

### Farmacoterapia

Los psicofármacos tienen carácter complementario y facilitador de psicoterapia, medidas pedagógicas e

intervenciones familiares y sociales. Hay pocos estudios sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes. El uso de fármacos estaría indicado en depresiones moderadas-graves cuando:

- La intervención psicoterapéutica no consigue una mejoría suficiente.
- Si existe una notable repercusión sobre el funcionamiento escolar o académico.
- Existen síntomas psicóticos.
- Si existe un alto riesgo de suicidio o el paciente se niega, se utilizará tratamiento farmacológico (siempre se debe valorar riesgo/beneficio).

Los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) son los fármacos de elección debido a su eficacia en el trastorno depresivo, sus pocos efectos secundarios, su fácil administración y su baja letalidad si se ingieren con fines suicidas, aunque la presencia de comorbilidad puede determinar la elección inicial de otros fármacos.

Los antidepresivos tricíclicos no son útiles para tratar la depresión en los niños prepuberales. Existen pruebas marginales que apoyan el uso de los antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de la depresión en adolescentes, aunque es probable que la magnitud del efecto sea moderada en el mejor de los casos (Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford). Por sus posibles efectos secundarios no se considera a los tricíclicos actualmente como la primera línea del tratamiento farmacológico.

En EEUU la fluoxetina es el único antidepresivo autorizado para administrar a niños y adolescentes, Recientemente en España se ha ampliado la indicación de fluoxetina a niños mayores de 8 años y adolescentes con depresión severa-moderada que no responden a psicoterapia. Pendiente de su autorización formal por la Comisión Europea, la extensión para niños y adolescentes es la siguiente: "Niños y adolescentes de 8 años de edad o más: episodio depresivo mayor de moderado a severo, si la depresión no responde a terapia psicológica después de 4-6 sesiones. La medicación antidepresiva se debería ofrecer a un niño o a, un adulto joven con depresión moderada a severa únicamente en combinación con terapia psicológica".

Otros fármacos:

- **Mirtazapina:** no existen estudios publicados con respecto a este fármaco en la depresión infanto-juvenil.
- **Venlafaxina:** un pequeño estudio controlado con placebo, a bajas dosis, no aportó diferencias significativas.
- **Bupropión:** efecto antidepresivo y estimulante. Ha sido utilizado en jóvenes con depresión y TDAH, con buenos resultados. Efectos adversos más frecuentes: cefaleas, náuseas, erupción cutánea e irritabilidad (Davis et al, 2001).

• Citalopram: evaluada su eficacia en un estudio multicéntrico, doble ciego y controlado con placebo en 174 niños y adolescentes. Se observó una mejora significativa.

¿Cómo se debe realizar la prescripción de los AD más modernos en niños y adolescentes?

1. Iniciar tratamiento a la mitad de la dosis del adulto.
2. Monitorizar al paciente por la aparición de efectos adversos.
3. Los aumentos de la dosis no se deberían hacer con una frecuencia superior de una vez a la semana.
4. Usar aumentos de dosis más pequeños que los recomendados en adultos.
5. Usar guías del adulto para la dosis diaria máxima.
6. Los niños y adolescentes no necesitan una administración más frecuente que los adultos.
7. No hay datos que apoyen una relación entre las concentraciones farmacológicas séricas y la respuesta del tratamiento.

Ante el cúmulo de informaciones y comentarios que sobre el uso de fármacos antidepresivos en niños y adolescentes se ha hecho, la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPIJ) emitió una serie de reflexiones y conclusiones de la manera más objetiva posible:

1. La depresión es una enfermedad grave que inte-

rumpe el desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social de los niños y los adolescentes. Es urgente disponer de tratamientos eficaces.

2. La seguridad de los fármacos es un apartado esencial del tratamiento y todos los resultados de los estudios realizados en niños y adolescentes deben ser públicos y conocidos y debe haber un registro nacional de esos resultados.

3. Según la FDA (Federal Drug Administration) en todos los pacientes tratados con antidepresivos se hará un control riguroso de los posibles efectos secundarios, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento, con el fin de detectar, rápidamente, la aparición o aumento de ideación suicida.

4. En el momento actual, y con los datos que disponemos, el beneficio del tratamiento con antidepresivos, en los niños y adolescentes, es superior al riesgo de no aplicarlo (la depresión es la primera causa de suicidio en los adolescentes).

5. Deben realizarse nuevos estudios diseñados para evaluar la posible relación entre antidepresivos y riesgo de ideación suicida.

Finalmente, señalaremos las posibilidades de recuperación de los menores afectados por la depresión (según expertos de la Consejería de Sanidad y Consumo): el 74% de los niños que reciben tratamientos se recupera al año, y el 92% a los 2 años. Sin embargo, los síntomas de depresión suelen reaparecer en un 40-50% en los adolescentes. En un 30-50% de los casos lo hace en la vida adulta.

Los criterios deben ser al menos 5 de los siguientes 9 criterios durante un mínimo de 2 semanas y siempre han de estar presentes el punto 1 o el 2 (extraído del DSM-IV-R).

- Estado de ánimo deprimido o irritable.
- Pérdida de interés o de capacidad para el placer por sus actividades habituales.
- *Pérdida o aumento* o cambios en el apetito (No alcanzan el peso previsto).
- *Insomnio* o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- *Fatiga* o pérdida de energía.
- Sentimiento excesivo de inutilidad y culpa.
- Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse ("me bloqueo, me quedo en blanco").
- Ideas repetidas de muerte, idea suicida o acto suicida.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Depresión Mayor.

Edad	Ánimo disfórico (debe estar presente)	Conducta disfuncional (al menos cuatro presentes)
0-3	Cara triste e inexpresiva. Evitación de la mirada Mirada lejana. Afectividad pobre. Irritabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos somáticos: retraso pondoestatural de causa no orgánica.</li> <li>- Falta de juego social. Persistente irritabilidad. Problemas de separación; incapacidad de separarse (12-36 meses); separación sin reacción (9-36 meses).</li> <li>- Dificultades conductuales. Retraso del desarrollo lenguaje motor. Dificultades de la alimentación y del sueño.</li> </ul>
3-5	Cara triste. Mirada de aflicción. Irritabilidad. Afectividad sombría o lábil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos somáticos: encopresis, enuresis, menor progreso pondoestatural.</li> <li>- Aislamiento social.</li> <li>- Exceso de actividad.</li> <li>- Problemas de separación, incluyendo fobia escolar.</li> <li>- Conducta agresiva.</li> <li>- Autoagresión.</li> <li>- Dificultades de sueño y alimentación.</li> </ul>
6-8	Infelicidad prolongada. Irritabilidad. Afectividad sombría.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos somáticos: quejas vagas, dolores de abdomen, eccema, enuresis, encopresis.</li> <li>- Disminución de la sociabilidad.</li> <li>- Excesiva actividad o letargo.</li> <li>- Conductas fóbicas y/o problemas de separación.</li> <li>- Conducta agresiva, mentiras, robos, preocupaciones mórbidas.</li> <li>- Cambios apetito/peso y trastornos de sueño.</li> <li>- Disminución de la capacidad de concentración.</li> <li>- Excesiva culpa o autodespreciación.</li> </ul>
9-12	Apariencia triste, apatía, sentimiento de incompetencia o incapacidad e irritabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos somáticos. Falta de placer en las actividades.</li> <li>- Inquietud o letargo. Fobia o problemas de separación.</li> <li>- Conducta de alto riesgo, antisocial, pensamientos mórbidos.</li> <li>- Trastornos del sueño y alteraciones del apetito/peso.</li> <li>- Disminución en capacidad de concentración.</li> <li>- Excesiva culpa y autodespreciación.</li> </ul>
13-18	Apariencia triste, apatía, sentimiento de incapacidad o irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos somáticos: anorexia nerviosa, dolores abdominales, reacción de conversión.</li> <li>- Anhedonia e inquietud o letargo. Fobias y/o problemas de separación y conducta antisocial.</li> <li>- Pensamientos recurrentes sobre muerte y suicidio.</li> <li>- Trastornos del sueño y cambios en el apetito y peso.</li> <li>- Disminución en la capacidad de concentración.</li> <li>- Excesiva culpa o autodespreciación.</li> </ul>

Tabla 2. Conductas disfuncionales según la edad del niño o adolescente.

	MECANISMO DE ACCIÓN	EFFECTOS ADVERSOS	INDICACIÓN	TIPOS
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS	Recaptación de Norepinefrina Dopamina y Serotonina.	Anticolinérgicos. Las crisis convulsivas por disminución del del umbral de convulsión (maprotriptilina la más frecuente) La cardiotoxicidad en tratamientos largos y a dosis elevadas. Se debe control periódico de presión arterial, pulso periférico y peso.	Realizar: ECG al alcanzar niveles plasmáticos estables (1 S), y cada tres meses. TA y FC con incremento de dosis y cada mes. Dosis: 5 mg/KG/día. No están recomendados como tratamiento de primera línea por su pobre eficacia y múltiples efectos secundarios. Son los AD sobre los que se tiene más bibliografía en tratamiento depresiones infantiles (se realizaron estudios controlados con placebo para examinar la eficacia antidepressiva en niño.	Imipramina, Desipramina, Nortriptilina, Amitriptilina.
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA (ISRS)	Los ISRS inhiben la recaptación neuronal de la SE.	Los efectos adversos (dosis dependientes) más frecuentes son: gastrointestinales, neuropsiquiátricos, sudoración, cefalea, cambios de apetito y sueño. Podrían estar relacionados con leve aumento de pensamientos y conductas suicidas. Los síntomas de retirada de los ISRS (en tratamientos prolongados) son las náuseas, cefalea y alteración del sensorio, alteración de apetito y sueño. La retirada del ISRS rápida se asocia con síntomas de hipomanía, trastornos del humor, agresión y suicidio. Una explicación para los síntomas de retirada de los ISRS es un estado hiposerotoninérgico.	Indicaciones clínicas más amplias. De elección en esta patología. Se mantienen 8 semanas. Buena efectividad en el tratamiento de adultos y jóvenes con depresión mayor. Buen perfil de tolerabilidad (mínimos efectos secundarios), poca letalidad en sobredosis y fácil administración (una vez al día). No existe actualmente indicación para realizar pruebas de laboratorio antes o durante la administración de un ISRS. Son tan eficaces en niños y adolescentes con depresión mayor como en las formas adultas.	Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Fluvoxamina, Citalopram. La mayoría de la información disponible sobre la eficacia de los ISRS en niños y adolescentes es con la fluoxetina, aunque se han completado otros estudios positivos con a sertralina y la paroxetina. Más potentes: sertralina y paroxetina. Menos potente: fluoxetina. La sertralina inhibe la recaptación de la dopamina de forma más importante que la fluoxetina y clomipramina. La sertralina disminuye la sintomatología depresiva. La paroxetina a dosis más bajas que en adultos es más efectiva en el tratamiento de niños y adolescentes con depresión mayor.

Tabla 3. Clasificación de antidepressivos.

Medicación	Dosis inicial	Dosis diaria inicial	Dosis máxima habitual
Sertralina	25 mg	50 mg	100-200 mg
Fluoxetina	5 mg	20 mg	20-60 mg
Paroxetina	10 mg	20 mg	20-40 mg
Fluvoxamina	50 mg	200 mg	200-300 mg

Tabla 4. Dosis diarias totales sugeridas de ISRS en el tratamiento de niños y adolescentes. Estas dosis son sólo orientativas y proceden de la literatura disponible. Las dosis se ajustarán en cada caso, teniendo en cuenta

## BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra M. Manual de Psicopatología del Niño. Barcelona: Toray-Masson SA; 1982.
- Almonte C, Montt ME, Correa A. Psicopatología Infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo; 2003.
- Barbui C, Hotopf M, Freemantle N et al. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus tricyclic antidepressants (TCAs) (Cochrane Review). Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
- Castells P. Patología Psiquiátrica de la Adolescencia. Pediatr Integral 1997; 2:217-226.
- CANALS, J. Trastornos depresivos. En J.R. Gutiérrez y F. Rey ed. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y el adolescente). Madrid: Smithkline Bucham; 2000. p. 747-790.
- Comellá J, Llusent A. Diagnóstico de la depresión en la adoles-

cencia en GRINDOPE. 29o curso de Pediatría Extrahospitalaria. Nuevos retos para el Pediatra; 2002. p. 241-251.

- Emslie G, Juggle R. Tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors: use during pregnancy, in children/adolescents and in the elderly. Acta Psychiatr Scand 2000; 101:26-34.
- Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos, SA; 1994.
- Práctica clínica Paidopsiquiátrica. Asociación española de psiquiatría infanto-juvenil; 2006.
- Sánchez RM, Cuervo JJ, Martínez T. Niños, adolescents y depression Mayor. Detección y tratamiento. Foro Pediátrico 2005; 2 (3): 6-13.
- Schatzberg-Nemeroff. Tratado de psicofarmacología. Barcelona: Masson; 2006.
- Toro J. Psiquiatría de la Adolescencia. Madrid: Aula Médica Ediciones.