



## **TRASTORNO DEPRESIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

El trastorno depresivo mayor (MDD) y el trastorno distímico (DD), son trastornos comunes y recurrentes en niños y adolescentes. Estos trastornos van frecuentemente acompañados por bajos resultados psicosociales, condiciones comórbidas y alto riesgo de suicidio y abuso de sustancias, indicando la necesidad de tratamiento agudo y prevención.

### **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (MDD)**

#### ***¿Cuál es su epidemiología?***

La prevalencia de MDD se estima aproximadamente de un 2% en niños y de un 4 a 8% en adolescentes, con una proporción varón-hembra de 1:1 durante la niñez y de 1:2 durante la adolescencia.

La prevalencia de la depresión se incrementa durante la adolescencia particularmente en chicas, debido posiblemente a factores biológicos, psicosociales y cognitivos. Antes de la adolescencia, parece que las chicas tienen más probabilidades de enfrentarse con problemas, con un estilo rumiativo y enfocado en sí misma, que los chicos. Además, las chicas entran en la pubertad antes que los chicos, con las consecuencias psicosociales y biológicas que la acompañan. Durante la adolescencia, las chicas tienden a angustiarse más acerca de la imagen de su cuerpo, tienen más probabilidad de estar expuestas al abuso sexual y pueden experimentar más presión para adecuarse a los papeles sociales restrictivos que los muchachos.

#### ***¿Cuál es la presentación clínica?***

Todos los niños pueden estar tristes a veces, pero para obtener un diagnóstico de MDD un niño debe presentar cambios profundos en el humor, manifestados por humor deprimido o irritable y/o pérdida de interés y placer. Además, el niño debe tener otras características clínicas, incluyendo cambios significativos en el apetito, peso, sueño, actividad, concentración, nivel de energía, autoestima y motivación. Los síntomas deben representar un cambio del funcionamiento previo y producir daños en las relaciones sociales o en la realización de actividades.

El cuadro clínico del MDD infantil es sustancialmente diferente a lo largo de los diferentes estados de desarrollo y grupos étnicos diversos, pero similar a los síntomas del MDD adulto. Los niños habitualmente muestran más síntomas de ansiedad (incluyendo fobias y ansiedad de separación), quejas somáticas, y alucinaciones auditivas. Los niños también pueden expresar irritabilidad y frustración con explosiones de temperamento y problemas de comportamiento, en vez de verbalizar los sentimientos. En contraste, quizás debido a la



inmadurez cognitiva, tienen menos ideas delirantes e intentos serios de suicidio. Los adolescentes tienden a mostrar más perturbaciones del sueño y apetito, desilusiones, ideas suicidas, y perturbación del funcionamiento, que los niños más jóvenes, pero más problemas de comportamiento y menos síntomas neurovegetativos que los adultos con MDD.

### ***¿Cuáles son las variantes clínicas que conocemos?***

*Depresión psicótica. ¿En qué consiste?* ⇒ La depresión psicótica se define como una depresión mayor asociada a alucinaciones y/o ilusiones falsas. En los niños prepuberales, quizás debido a su desarrollo cognitivo, la depresión psicótica parece manifestarse mayormente por alucinaciones auditivas. En contraste, los adolescentes deprimidos psicóticamente pueden presentar alucinaciones auditivas y falsas ilusiones. La depresión psicótica ha sido asociada con la depresión más severa, mayor morbilidad a largo plazo, resistencia a la monoterapia antidepressiva, respuesta baja al placebo, riesgo incrementado de trastorno bipolar e historia familiar de depresión bipolar y psicótica.

Para el tratamiento apropiado es importante diferenciar la depresión psicótica del trastorno bipolar, del abuso de sustancias, esquizofrenia, estados disociativos y "alucinaciones" relacionadas con un trauma.

*Depresión bipolar. ¿En Qué consiste?* ⇒ La depresión bipolar se presenta en forma similar a la depresión unipolar. Sin embargo, los síntomas de tipo psicótico, el retardo psicomotor, la hipomanía inducida farmacológicamente y el historial familiar de trastorno bipolar pueden indicar que el paciente deprimido puede desarrollar un trastorno bipolar. Los jóvenes es más probable que presenten episodios rápidos y cíclicos o mezclados, que son difíciles de tratar e incrementan el riesgo de suicidio. También es importante descartar la presencia del trastorno bipolar II, que parece ser más prevalente que el bipolar I en adolescentes, y que a menudo no se detecta o se diagnostica mal.

*Depresión atípica. ¿En qué consiste?* ⇒ En adultos, la depresión atípica parece ser una forma genéticamente clara de MDD y se manifiesta por una reacción incrementada al rechazo, a la letargia, al apetito y peso, hipersomnia y ansiedad por carbohidratos.

*Trastorno afectivo estacional. ¿En qué consiste?* ⇒ El SAD aparece generalmente después de la pubertad en adolescentes que viven en regiones con estaciones muy diferenciadas, pero también se ha documentado en niños prepuberales. El SAD se manifiesta con síntomas similares a los descritos bajo depresión atípica excepto que el SAD no incluye la reacción incrementada al rechazo y es episódico.

*Depresión subclínica o subsindromal. ¿En qué consiste?* ⇒ Es importante evaluar los síntomas subclínicos de depresión que pueden ocurrir antes o



después de un episodio de MDD. Estos síntomas han sido asociados con perturbación psicosocial y pueden incrementar el riesgo de episodios de MDD subsecuentes.

*Depresión resistente al tratamiento. ¿En qué consiste?* ⇒ Se ha informado que del 6 al 10% de los jóvenes deprimidos pueden sufrir depresiones crónicas. En pacientes adultos, para ser clasificados como resistentes al tratamiento, los pacientes deben haber tenido al menos 2 pruebas con 2 diferentes clases de antidepresivos administrados en dosis similares al menos durante 6 semanas cada uno.

### ***¿Cuál es la comorbilidad?***

Del 40 al 90% de los jóvenes con MDD tienen otros trastornos psiquiátricos y hay al menos 20-50% que tienen 2 o más diagnósticos comórbidos.

Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son; distimia y trastornos de ansiedad, trastornos disruptivos y trastornos de abuso de sustancias. El MDD usualmente se manifiesta después de la aparición de otros trastornos psiquiátricos, excepto el de abuso de sustancias. El abuso de sustancias comórbido, el trastorno de conducta, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada son más comunes en adolescentes, mientras que el trastorno de ansiedad de separación es más común en niños.

Algunos estudios refieren que más del 60% de los adolescentes deprimidos presentan trastornos de personalidad comórbidos. Sin embargo, tras la remisión de la depresión, los síntomas de los trastornos de personalidad no son tan evidentes, lo que evidencia la importancia de realizar diagnósticos provisionales de trastorno de personalidad durante los episodios depresivos agudos.

En general, la presencia de diagnósticos comórbidos influye en el riesgo de depresión recurrente, en la duración del episodio depresivo, en la capacidad funcional y en la respuesta al tratamiento. Se encuentra que los jóvenes con "depresiones dobles" (MDD y DD) presentan episodios depresivos más graves y prolongados, una mayor tasa de trastornos comórbidos, mayor ideación suicida y más deterioro social que los jóvenes con un diagnóstico simple de MDD o de DD. Los pacientes deprimidos que presentan un trastorno de conducta disruptiva, suelen presentar menos síntomas melancólicos, menos recurrencias de la depresión, menor incidencia familiar de trastornos del humor, mayor incidencia de criminalidad en la edad adulta y más intentos de suicidio.

### ***¿Cuál es el diagnóstico diferencial?***

El diagnóstico de MDD se realiza si el paciente cumple los criterios apropiados y los síntomas de depresión no pueden ser atribuibles a otras condiciones.

*Trastornos psiquiátricos no afectivos* ⇒



- *Trastornos de ansiedad (incluida ansiedad de separación).*
- *Trastornos de aprendizaje.*
- *Trastornos disruptivos o de conducta.*
- *TDAH.*
- *Anorexia Nerviosa.*
- *Abuso de sustancias.*
- *Trastorno premenstrual disfórico.*
- *Trastornos de personalidad.*

*Trastorno de adaptación con humor deprimido* ⇒ Los niños con este trastorno experimentan un cambio excesivo en el humor y una perturbación del funcionamiento dentro de los 3 meses de haber identificado un agente estresante, pero no cumplen el criterio para el MDD. Es importante enfatizar que el MDD a menudo también se produce por sucesos estresantes, por lo que un niño que tiene los síntomas apropiados aún si hay un precipitador estresante debería recibir un diagnóstico de MDD.

*Condiciones médicas generales* ⇒ Las condiciones médicas y neurológicas tales como cáncer, hipotiroidismo, lupus eritematoso, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, anemia, diabetes y epilepsia pueden estar acompañadas por síntomas de depresión. El diagnóstico de MDD puede ser realizado si los síntomas depresivos precedieron o no son debidos solamente a la enfermedad, o a los medicamentos utilizados para tratarla. El diagnóstico diferencial entre la depresión y la enfermedad médica crónica puede ser difícil, dado que la incidencia de la depresión puede ser más alta con ciertas enfermedades y las enfermedades crónicas pueden afectar al sueño, al apetito y a la energía. El síndrome de fatiga crónica tiene síntomas similares a los manifestados en trastornos depresivos pero con más quejas somáticas y síntomas menos severos en el humor, cognitivos y sociales. No está claro actualmente, si los síntomas son parte de un trastorno depresivo, de un pródromo de depresión o debidos a un trastorno infeccioso o inmunológico que imita la depresión.

Los medicamentos, incluyendo estimulantes, neurolépticos, corticosteroides y contraceptivos entre otros, pueden inducir cambios de cognición y de actividad psicomotriz.

*Dolor o Pesar* ⇒ Los síntomas del pesar y de la depresión pueden ser indistinguibles. La fase aguda del pesar no complicado usualmente desaparece espontáneamente de los 6 meses al año.

### ***¿Cuál es el curso clínico?***

La duración media de un episodio de depresión mayor para jóvenes derivados clínicamente es de 7 a 9 meses. Aproximadamente el 90% de los episodios depresivos mayores remiten en 1 a 2 años después de la aparición, de un 6% a un 10% son más prolongados.



Tras una terapia aguda con éxito, aproximadamente el 40% al 60% de los jóvenes con depresión experimentan una recaída. Este hecho resalta la necesidad de tratamiento continuado. El alto porcentaje de recaída puede ser debido al curso natural del MDD, a la falta de voluntad, a la presencia de sucesos negativos de la vida o a la rápida disminución o discontinuación del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

La probabilidad de recurrencia alcanza del 20 al 60% tras 1 ó 2 años de la remisión, y asciende al 70% después de 5 años, dependiendo de la severidad de la depresión y del intervalo de tiempo que se examine. Los predictores de recurrencia incluyen la aparición a una edad temprana, el alto número de episodios previos, la severidad de los episodios, psicosis, agentes estresantes psicosociales, DD u otros trastornos comórbidos y falta de voluntad con el tratamiento.

Estudios de seguimiento de niños y adolescentes deprimidos encuentran que del 20 al 40% desarrollan trastorno bipolar dentro de los 5 años después de la aparición de MDD. Las características de MDD asociadas a un cambio a trastorno bipolar I incluyen, la aparición temprana, el retraso psicomotor, rasgos psicóticos, historia familiar de trastorno bipolar, historia familiar de depresión psicótica, historia familiar de trastornos de humor e hipomanía farmacológicamente inducida.

En los adultos jóvenes depresivos, la conversión a trastorno bipolar II, ha sido asociada al inicio precoz de la depresión, depresión atípica, depresión estacional, episodios depresivos prolongados, labilidad emocional, abuso de sustancias comórbido y presencia de un gran número de problemas psicosociales.

### ***¿Cuáles son los factores que se asocian con el curso clínico?***

Demográficos ⇒ El riesgo de depresión se incrementa de 2 a 4 veces después de la pubertad particularmente en chicas.

Factores Genéticos y Familiares ⇒ Los estudios de familias de gemelos y de adopción, proporcionan evidencia de que tanto los factores genéticos como medioambientales juegan un papel en la patogénesis de MDD. Entre los factores medioambientales, se incluyen las experiencias de entorno no compartidas (únicas) interfamiliares y extrafamiliares, incluyendo diferencias en como los padres tratan a cada uno de sus niños. Además, los individuos con alto riesgo genético parecen ser más sensibles a los efectos de un medioambiente adverso que los individuos con un bajo riesgo genético.

Los niños con al menos un padre depresivo, tienen aproximadamente 3 veces más probabilidad de tener un episodio de MDD que los niños de padres no depresivos. La descendencia de padres deprimidos no está solamente en riesgo



de contraer trastornos afectivos, sino que también está en riesgo para contraer otra psicopatología incluyendo trastornos de ansiedad y disruptivos.

Las madres de niños con depresión tienen altos porcentajes de depresión (56% al 73%) e indican la necesidad para evaluación y tratamiento. Los padres de niños deprimidos también tienen porcentajes altos de otros trastornos psiquiátricos incluyendo trastornos de ansiedad, uso de sustancias y trastornos de personalidad, incrementando el riesgo de psicopatologías afectivas y no afectivas en sus hijos.

Factores Psicopatológicos ⇒ Un historial de episodio depresivo previo, de síntomas subsindromales, de distimia y trastornos de ansiedad, incrementan el riesgo de depresiones futuras.

Funcionamiento Educativo ⇒ Las incapacidades del lenguaje y aprendizaje, el ADHD, la fobia escolar y cualquier otra condición que interfiere con el aprendizaje de un niño, puede fácilmente incrementar el riesgo de depresión. Del mismo modo, la respuesta de un niño deprimido al tratamiento puede medirse en parte por el aumento del éxito académico.

Los pacientes deprimidos con trastornos disruptivos comórbidos tienden a tener peores resultados psicosociales, pero aparentemente, menos recurrencias de MDD.

Factores Psicodinámicos ⇒ La dinámica de la personalidad puede contribuir al desarrollo de la depresión. Un niño enfrentado con frustraciones medioambientales, desengaños o abusos más allá de su poder para cambiar, puede adaptarse desarrollando una actitud consciente de alta culpabilidad o mecanismos más sutiles que tornan la cólera y la frustración hacia uno mismo. Necesidades de dependencia exageradas u otros conflictos internos sobre autonomía, son factores psicodinámicos adicionales que pueden influenciar el curso de la depresión en niños y adolescentes.

Estilo cognitivo y temperamento ⇒ Los jóvenes que tienen estilos cognitivos negativos para interpretar y aguantar el estrés y los sucesos negativos de la vida, parecen tener un riesgo más alto de desarrollar el MDD. Parece que un estilo cognitivo negativo se hace más fijo durante la adolescencia, enfatizando la necesidad de una temprana intervención.

Experiencias adversas tempranas ⇒ Hay evidencia de que las experiencias adversas (la muerte de un padre o la separación) durante la niñez y adolescencia elevan el riesgo de la depresión y ansiedad en la vida adulta. Parece sin embargo, que el efecto de la exposición a la pérdida de un padre, sea por separación o muerte, puede ser mediatizado por factores psicosociales antes o después del suceso.



Exposición a eventos negativos en la vida ⇒ Varios estudios muestran que en los pacientes deprimidos hay más sucesos negativos en la vida, especialmente a nivel escolar, en las relaciones con amigos o padres, en la salud, trabajo y en las relaciones románticas, 12 meses antes de la aparición de la depresión, que cuando se compara con controles normales.

Relaciones familiares ⇒ Las interacciones de familias con miembros deprimidos, están caracterizadas por más conflicto, maltratos del niño, por abandono y problemas de comunicación, y menos expresión de afecto y apoyo, comparado con familias normales. Los padres deprimidos a menudo experimentan dificultades en sus deberes como padres, lo que puede reflejar los síntomas de sus propios trastornos. Por otra parte, los problemas del papel de ser padres pueden ser secundarios a la interacción con un niño deprimido, irritable u opositor. Además, las dificultades de ser padres pueden ser debidas a psicopatologías comórbidas (alcoholismo, trastornos de personalidad). El estrés causado por estos factores puede tener más impacto en la crianza de los hijos que la depresión paterna.

Factores biológicos ⇒ Un área de interés actual es la disfunción en la habilidad para regular la emoción o la angustia que puede predisponer a la juventud a desarrollar depresión. Esta es un área prometedora de estudio porque afecta la regulación e integra procesos innatos biológicos, temperamento y factores emocionales, cognitivos y psicosociales.

Se ha encontrado que los niños depresivos, hiposegregan hormona de crecimiento (HC) y que la disminución de la respuesta de la HC a la hipoglucemia inducida mediante insulina persiste tras la remisión del MDD, lo que sugiere que podría constituir un marcador del MDD.

También se ha encontrado que la alteración de la función serotoninérgica central puede ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de una depresión.

### ***¿Cuáles son las secuelas?***

Si no se trata, el MDD puede afectar al desarrollo del niño en las habilidades sociales, emocionales, cognitivas e interpersonales y los lazos de unión entre padres y niño. Los niños y adolescentes con MDD tienen un alto riesgo de comportamiento suicida, de abuso de sustancias, de enfermedad física, de embarazo temprano, de exposición a sucesos negativos en la vida y de bajo funcionamiento en el trabajo académico y psicosocial.

También otros factores, tales como la psicopatología comórbida, el funcionamiento familiar pobre, el trastorno psiquiátrico de los padres, la enfermedad física, el status socioeconómico bajo y la exposición a eventos negativos en la vida, pueden afectar al funcionamiento psicosocial de los jóvenes deprimidos.



*Suicidio e intentos de suicidio* ⇒ Paralelamente al aumento de MDD, el suicidio en adolescentes se ha incrementado y actualmente representa el 12% aproximadamente de la mortalidad total en este grupo de edad. Además de trastornos del humor, otros factores que predisponen al suicidio incluyen intentos pasados de suicidio, historia familiar de trastornos de humor, historia familiar de comportamiento suicida, exposición a violencia familiar, exposición al abuso, impulsividad, disponibilidad de agentes letales y trastornos psiquiátricos comórbidos. Aún teniendo bajo control los factores psiquiátricos, las circunstancias específicas socio-medioambientales, incluyendo la pobre comunicación padres-niño, los problemas de la escuela y los sucesos negativos de la vida están asociados con un riesgo incrementado de suicidio.

## **TRASTORNO DISTÍMICO (DD)**

### ***¿Cuál es su epidemiología?***

Los pocos estudios epidemiológicos de DD arrojan una prevalencia del 0,6% al 1,7% en niños y del 1,6% al 8% en adolescentes.

### ***¿Cuál es la presentación clínica?***

El DD consiste en un cambio de humor persistente y de larga duración que generalmente es menos intenso pero más crónico que en el MDD. Como consecuencia, el DD a menudo no se detecta o es mal diagnosticado. Aunque los síntomas de distimia no son tan severos como en el MDD, causan tanta o más perturbación o daño psicosocial. Otros síntomas incluyen; cambio en el apetito, en el dormir, en la autoestima, en la concentración, en la toma de decisiones, en la actividad y en la esperanza. Otros síntomas asociados con DD incluyen sentimientos de no ser querido, enfado o cólera, desprecio, menosprecio propio, quejas somáticas, ansiedad y desobediencia.

### ***¿Cuál es la comorbilidad?***

Aproximadamente el 70% de los jóvenes con DD tienen también MDD comórbido. Además, el 50% tiene otros trastornos psiquiátricos preexistentes, incluyendo trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, ADHD y enuresis o encopresis. Aproximadamente el 15% tiene 2 o más trastornos comórbidos.

### ***¿Cuál es el curso clínico?***

El DD infantil tiene un curso prolongado con una duración media del episodio de aproximadamente 3 a 4 años y está asociado con un riesgo incrementado de MDD, de trastornos bipolares y de trastornos del abuso de sustancias. El trastorno disruptivo comórbido incrementa la duración de la distimia.

### ***¿Cuáles son los factores asociados con el curso clínico?***





Los factores asociados con MDD también pueden estar relacionados con el DD. Los factores de riesgo asociados con DD incluyen exposición a un medioambiente familiar caótico y alta carga familiar para trastornos del humor, en particular la distimia.

## **¿CUÁL ES LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO?**

La evaluación frecuentemente requiere entrevistas separadas y/o conjuntas con el paciente y sus padres o cuidadores. Normalmente se requieren contactos con maestros, médicos de atención primaria y a veces con profesionales de los servicios sociales. Se debe indagar sobre diagnósticos psiquiátricos comórbidos, problemas psicosociales y académicos, sucesos negativos de la vida temprana y reciente, historia familiar psiquiátrica, apoyo social, historial médico farmacológico y uso de sustancias. Se realiza un examen del estado mental apropiado al desarrollo. El examen físico y los análisis de laboratorio también están incluidos en la evaluación. También debería ser realizada una valoración del funcionamiento global.

Es importante evaluar otros grupos de síntomas, tales como estacionalidad, síntomas atípicos, psicóticos o hipomanía que caracterizan los diferentes subtipos de la depresión, porque éstos subtipos tienen estrategias de tratamiento diferentes.

Durante la evaluación, es imperativo para el clínico estar alerta a los factores étnicos y culturales que pueden influenciar en la presentación, descripción o interpretación de síntomas y el enfoque del tratamiento. Por ejemplo, los niños de algunas culturas, son alentados a callarse y evitar tener contacto visual directo cuando están en presencia de figuras de autoridad. Estos comportamientos, fácilmente pueden ser interpretados como indicadores de depresión, ansiedad u otros trastornos psiquiátricos.

Los niños y adolescentes deprimidos frecuentemente están irritables y no cooperan teniendo dificultad en expresar sus sentimientos. Por ejemplo, un niño puede negar que se sienta triste y el único efecto observable puede ser la irritabilidad, los exabruptos de temperamento, el aburrimiento o los problemas de comportamiento en casa o en la escuela. Los padres y los maestros pueden notar que un niño o un adolescente deprimido se ha vuelto introvertido, ansioso o de humor variable.

Los jóvenes deprimidos frecuentemente interactúan menos con otros, desarrollan problemas de comportamiento, tienen un mal rendimiento escolar y se retiran de sus actividades favoritas, tales como deportes, actividades sociales y/o extraescolares.

Se puede utilizar un gráfico donde se registra por parte del paciente los cambios de humor que presenta. El gráfico puede ayudar al niño a visualizar el



curso de su enfermedad e identificar eventos que pueden haber disparado la depresión.

Varias escalas como el inventario de depresión de Beck entre otras, pueden ser utilizadas para buscar o examinar síntomas, evaluar la severidad de los síntomas depresivos y monitorizar la mejora clínica.

Mientras que las escalas evaluatorias pueden mostrar una mejora clínica al final de un tratamiento, el funcionamiento del paciente puede ser todavía pobre. Por ello, el funcionamiento puede ser seguido utilizando escalas tales como la escala de evaluación global de los niños o la evaluación global del funcionamiento.

## **¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?**

### **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

El plan de tratamiento debería indicar el lugar donde se ha de efectuar el mismo y la frecuencia de las sesiones basada en la severidad de los síntomas, en la edad y el estado de desarrollo del paciente, en el grado de exposición actual a sucesos negativos de la vida y otros factores clínicos.

La planificación del tratamiento también requiere determinar el número y papel de los médicos que proporcionarán el tratamiento.

Debería ser promovida una alianza terapéutica efectiva para mantener al paciente y a la familia implicados en el curso del tratamiento. Otro componente crítico del tratamiento precoz del MDD, es la información al paciente y a su familia acerca del trastorno y su tratamiento.

La información debería ser ofrecida a todos los miembros de la familia, porque los síntomas de depresión (falta de interés, fatiga, irritabilidad y aislamiento) usualmente afectan a más de uno. Además, las relaciones de apoyo y comprensivas mejoran el funcionamiento global del paciente y la familia y el resultado del tratamiento. La información debería presentarse a un nivel apropiado al desarrollo

### ***¿Qué hacer en la fase de tratamiento agudo?***

En base a la experiencia clínica y a los pocos estudios de niños y adolescentes que existen, la psicoterapia parece ser un tratamiento agudo inicial útil para depresiones leves o moderadas. Las modalidades más utilizadas son la terapia cognitivo-conductual (CBT), la psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia interpersonal (IPT) y la terapia familiar. La terapia cognitivo-conductual



consigue la reducción más rápida de síntomas subjetivos de depresión y consigue la mayor credibilidad y adherencia al tratamiento de padres y niños.

Las medicaciones antidepresivas están indicadas en niños y adolescentes con una depresión bipolar de ciclo no rápido, una depresión psicótica, una depresión con síntomas severos y en la depresión que falla en la respuesta a un intento adecuado de psicoterapia. Para pacientes que requieren farmacoterapia, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos de elección a causa de su seguridad, perfil de efectos secundarios, facilidad de uso y conveniencia para un mantenimiento a largo plazo.

Existe la evidencia de que los problemas medioambientales y sociales asociados con el MDD permanecen cuando el humor del paciente ha sido estabilizado con tratamiento farmacológico. El tratamiento combinado incrementa la probabilidad no sólo de mitigar los síntomas depresivos, sino de mejorar la autoestima, la habilidad para enfrentarse a problemas y encontrar estrategias adaptativas, y la relación familiar y con los padres.

Además, se necesita informar a los padres, a la comunidad en particular a los maestros, porque muchos niños y adolescentes con MDD no son identificados y muchos de aquellos que están deprimidos no se les trata adecuadamente.

*¿En qué consiste la psicoterapia?* ⇒ Las técnicas psicoterapéuticas se utilizan para enseñar a los pacientes y a sus familias a enfrentarse con agentes estresantes, pasados y actuales, mejorar las relaciones sociales y la autoestima, comprenderse ellos mismos y enfrentarse con los conflictos interpersonales y con los problemas sociales, familiares, académicos y ocupacionales que están asociados con la depresión. Las más utilizadas son la psicoterapia psicodinámica, IPT, CBT, terapia de comportamiento, terapia familiar, psicoterapia de soporte y psicoterapia de grupo.

Varios factores parecen estar relacionados con la respuesta a la psicoterapia, incluyendo la edad de aparición de la depresión, la severidad de la misma, la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos (ansiedad, distimia, abuso de sustancias), la falta de apoyo, la psicopatología paterna, el conflicto familiar, la exposición a sucesos estresantes en la vida, el nivel socio-económico, la calidad del tratamiento, la experiencia del terapeuta y la motivación de ambos, paciente y terapeuta.

*¿En qué consisten las intervenciones farmacológicas?* ⇒ Los pocos estudios que hay en niños se han centrado solamente en el MDD y la mayoría han evaluado los efectos de los antidepresivos tricíclicos (ADT), y muy pocos los de los ISRS. La mayoría de estudios realizados en niños y adolescentes hasta ahora, no encuentran diferencias significativas entre los ADT y el placebo. Sí que se encuentran diferencias entre los ISRS y el placebo. Otros antidepresivos, como los heterocíclicos (amoxapina, maprotilina), los inhibidores de la



monoaminooxidasa (IMAO), bupropion, venlafaxina y nefazodona, han probado ser eficaces para el tratamiento de adultos deprimidos.

Antes de usar antidepresivos, los médicos deben informar a los padres y a los pacientes acerca de los efectos secundarios de la dosis, de la actuación temporal del efecto terapéutico y del peligro de sobredosis, particularmente con el TCAs. Para pacientes más jóvenes y para aquellos con riesgo de suicidio, se recomienda que los padres asuman la responsabilidad de guardar y administrar los medicamentos.

Para los ADT, antes de iniciar el tratamiento debe realizarse un electrocardiograma, medición de la presión arterial y de las pulsaciones en reposo y del peso.

Puesto que los ISRS son eficaces en el tratamiento de adultos y jóvenes con MDD, y tienen un perfil relativamente seguro de efectos secundarios, muy baja letalidad después de una sobredosis y una fácil administración (una vez al día), se indican los ISRS como medicación de primera línea.

Los estudios informan que del 70% al 90% responden al ISRS como tratamiento de adolescentes con MDD.

Excepto por las dosis iniciales bajas, la administración de ISRS a niños y adolescentes es similar a los pacientes adultos. Los pacientes deben tratarse con dosis adecuadas y tolerables durante al menos 4 semanas. A las 4 semanas, si el paciente no ha mostrado ni siquiera una mejora mínima, el médico debe considerar incrementar la dosis. Si en este tiempo el paciente muestra mejora, la dosis debería continuarse durante al menos 6 semanas. Por el contrario, si a las 6 semanas no se observa ninguna mejora, deben considerarse otras estrategias de tratamiento.

Los efectos secundarios de todos los ISRS son similares, dependiendo de la dosis y pueden desaparecer con el tiempo. Los ISRS pueden inducir manía, hipomanía y "activación de comportamiento". Otros efectos secundarios incluyen síntomas gastrointestinales, intranquilidad, diaforesis, dolores de cabeza, acatisia, hematomas y cambios en el apetito, en el sueño, y en el funcionamiento sexual. Los efectos secundarios a largo plazo de los ISRS no son todavía conocidos.

La supresión brusca de los ISRS con vida media más corta como paroxetina, puede inducir síntomas de abstinencia, pudiendo mimetizar una recaída o recurrencia de un episodio depresivo (cansancio, irritabilidad y síntomas somáticos severos). Los síntomas de abstinencia pueden aparecer incluso después de poco tiempo de tratamiento (6 a 8 semanas).

Es importante estar atento a posibles interacciones con otros medicamentos. Los ISRS inhiben en varios grados el metabolismo de algunas medicaciones que son metabolizadas por diversos grupos de isoenzimas hepáticos del Citocromo P450 (ADT, neurolépticos, antiarrítmicos, benzodiazepinas, carbamazepina,



teofilina, warfarina y terfenadina). Además, las interacciones de los ISRS con otras medicaciones serotoninérgicas, en particular los IMAO, pueden inducir el síndrome serotoninérgico marcado por agitación, confusión e hipertermia. Los ISRS tienen también un alto porcentaje de aglutinamiento de proteínas, que pueden llevar al aumento de efectos terapéuticos o tóxicos de otras medicaciones aglutinadoras de proteínas. Es importante enfatizar que los IMAO no deberían ser dados antes de 5 semanas después de la discontinuación de fluoxetina ni antes de 2 semanas para otros ISRS. Tampoco los ISRS deberían ser administrados en las 2 semanas después de suprimir el IMAO.

Dada la falta de eficacia y los efectos secundarios potenciales, los ADT ya no se consideran el tratamiento de elección para jóvenes con trastornos depresivos. Sin embargo, casos individuales pueden responder mejor a los ADT que a otros medicamentos y los ADT pueden ser útiles para jóvenes con ADHD comórbido, enuresis y narcolepsia, así como para las estrategias de aumento.

*¿En qué consisten los tratamientos integrados?* ⇒ Surge la idea de que la combinación o integración de técnicas variables intrínsecas al CBT, IBT, psicoterapia psicodinámica y otras psicoterapias se pueden reunir en el mejor interés para el paciente.

### ***¿Qué hacer en la fase de tratamiento de continuación?***

Dados los altos porcentajes de recaída y recurrencia de la depresión, la terapia de continuación se recomienda para todos los pacientes durante al menos 6-12 meses. Durante la fase de continuación, los pacientes son vistos al menos mensualmente, dependiendo de la clínica, del funcionamiento, de los sistemas de soporte, de los agentes estresantes, de la motivación para el tratamiento y de la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos o médicos.

En esta fase, la psicoterapia puede ser utilizada, no sólo para consolidar las habilidades aprendidas durante la fase aguda y ayudar a los pacientes a tratar con las secuelas psicosociales de la depresión, sino también para dirigirse a los antecedentes, a los factores contextuales, a los agentes estresantes medioambientales, los conflictos intrapsíquicos que pueden contribuir a una recaída y, si el paciente está tomando antidepresivos, para fomentar la continuidad de la medicación.

Si se han usado antidepresivos para lograr la remisión en la fase aguda de tratamiento, deben ser continuados con las mismas dosis a menos que haya efectos secundarios significativos o efectos negativos relacionados con la dosis. Al final de la fase de continuación, si no se necesita tratamiento de mantenimiento, las medicaciones deben ser discontinuadas a través de un periodo de 6 semanas o más, para evitar efectos de abstinencia.

### ***¿Qué hacer en la fase de tratamiento de mantenimiento?***



Una vez que el paciente se ha mostrado asintomático durante aproximadamente 6 a 12 meses, el médico debe decidir si está indicada la terapia de mantenimiento, qué terapia y por cuanto tiempo. La meta principal de la fase de mantenimiento es promover un desarrollo y crecimiento saludable y prevenir recaídas o recurrencias. Esta fase puede durar desde 1 año hasta indefinidamente, y típicamente se lleva a cabo en visitas mensuales o trimestrales, dependiendo del estatus clínico del paciente, del funcionamiento, de los sistemas de soporte, de los agentes estresores medioambientales y de la motivación para el tratamiento y la existencia de trastornos comórbidos psiquiátricos o médicos.

Para adultos hay consenso de que los pacientes que tienen sólo un episodio simple de depresión, episodios leves o un largo intervalo entre episodios (5 años), no deberían recibir tratamiento de mantenimiento. Los pacientes con 3 o más episodios, especialmente si ocurren en un corto periodo de tiempo y tienen consecuencias perjudiciales y depresiones crónicas, deberían recibir tratamiento de mantenimiento. La terapia de mantenimiento también ha sido considerada para adultos depresivos con 2 episodios, que presentan una historia familiar de trastorno bipolar o depresión recurrente, aparición del primer episodio depresivo antes de los 20 años, y episodios severos o amenazadores de muerte que han ocurrido en los últimos 3 años.

A menos que exista una contradicción, los tratamientos psicoterapéuticos o farmacológicos que fueron eficaces para inducir la remisión del episodio agudo, deberían ser utilizados para la terapia de mantenimiento.

Aunque existe controversia, parece que el litio y otros estabilizantes de humor son útiles para el tratamiento de mantenimiento en pacientes con depresión recurrente unipolar.

Se recomienda que los jóvenes con 2 ó 3 episodios de MDD reciban tratamiento de mantenimiento, como mínimo de 1 a 3 años. Los pacientes con segundos episodios, acompañados de síntomas psicóticos, daños severos, tendencia suicida y resistencia al tratamiento, así como pacientes con más de 3 episodios, deben considerarse para tratamientos más prolongados.

### ***¿Cómo se tratan las variantes de MDD?***

Ideas suicidas y/o intentos de suicidio ⇒ En general, el tratamiento de jóvenes suicidas es similar al de los jóvenes sin estas tendencias. Si el riesgo de suicidio es alto, entonces puede ser necesario que el tratamiento se efectúe en una ubicación más restrictiva, como una unidad hospitalaria total o parcial. Cuando se ha elaborado un plan de seguridad adecuado, el tratamiento ambulatorio puede ser una opción apropiada.

A causa del aumento de riesgo de muerte por sobredosis, los ADT no deberían ser dados como un tratamiento de primera línea para pacientes con riesgo



suicida. A causa del conflicte familiar, la desesperança y las distorsiones cognitivas que están presentes frecuentemente en los adolescentes suicidas, el tratamiento inicial debería incluir la terapia y educación familiar y otras intervenciones psicosociales. Los ISRS pueden prescribirse si hay daños significativos que reducen la capacidad del paciente para beneficiarse de la psicoterapia o si el paciente empeora o no mejora con la psicoterapia sola. Se ha de indagar sobre el abuso físico y sexual a causa de su fuerte asociación con el comportamiento suicida. La comorbilidad con el uso de sustancias, los trastornos disruptivos y de personalidad, así como la pobre comunicación entre padres y niño, los problemas escolares, el maltrato y los sucesos negativos en la vida, se encuentran frecuentemente en adolescentes suicidas. Por eso, si estas condiciones están presentes, hay que tenerlas en cuenta en el tratamiento.

Depresión psicótica ⇒ Se sugiere que la combinación de antidepresivos con antipsicóticos puede ser de ayuda en pacientes con depresión psicótica. Dado el riesgo de discinesia tardía deberían afinarse o reducirse los neurolépticos tras la remisión de los síntomas psicóticos. Las medicaciones atípicas antipsicóticas, tales como risperidona, olanzapina y clozapina pueden ser alternativas útiles a los neurolépticos clásicos.

Depresión atípica ⇒ Se utilizan la psicoterapia y la farmacoterapia, aunque no hay un consenso claro.

Trastorno afectivo estacional ⇒ Parece que la terapia de luz-brillante es eficaz. El protocolo más ampliamente utilizado es una caja de luz con 10 mil lux a un pie de distancia de la cara del paciente durante 30 a 45 minutos.

Trastorno bipolar ⇒ Muchos jóvenes derivados por depresión están experimentando su primer episodio depresivo. Dado que los síntomas de depresión unipolar y bipolar son similares, si el paciente requiere tratamiento de medicación, es difícil determinar si un paciente necesita sólo un antidepresivo o el uso concomitante de estabilizantes de humor. Algunos signos y síntomas tales como psicosis, retraso psicomotor o historia familiar de trastorno bipolar, pueden advertir al médico acerca de la posibilidad de que el niño tenga el riesgo de desarrollar un episodio maníaco o hipomaniaco. Si los indicadores están presentes, el médico debería discutir con el paciente y la familia los pros y contras de iniciar un agente profiláctico de estabilización del humor.

Dado que los antidepresivos pueden inducir manías, se ha recomendado que los médicos comiencen primero con un estabilizador de humor tal como carbonato de litio, valproato o carbamazepina. Para pacientes con depresión bipolar que no responden a estabilizadores del humor, puede añadirse un antidepresivo al tratamiento como bupropion, ISRS o IMAO.

Los pacientes con trastorno bipolar II, especialmente con períodos esporádicos de hipomanía, pueden responder al bupropion, IMAO o ISRS, sin estabilizadores del humor. Los antidepresivos pueden inducir ciclos rápidos en pacientes



adultos bipolares, particularmente mujeres con trastorno bipolar II. Para pacientes que presentan episodios mixtos, el uso de anticonvulsionantes tales como valproato, deben considerarse en vez de litio.

*Depresión en niños y adolescentes con enfermedad médica* ⇒ Las enfermedades pueden cambiar el curso habitual de la depresión. Además, la farmacocinética, farmacodinámica y los efectos secundarios de los antidepresivos pueden verse afectados, tanto por las enfermedades médicas como por las medicaciones utilizadas para tratar estas enfermedades. La psicoterapia es útil no sólo para tratar la depresión en estos niños, sino para ayudarles a ellos y a sus familias a sobrellevar mejor la enfermedad médica.

*Depresión resistente al tratamiento* ⇒ Deben considerarse las siguientes razones para la resistencia al tratamiento: mal ajuste de la dosis del medicamento, duración inadecuada del tratamiento farmacológico, duración inadecuada de la psicoterapia, poca aptitud o nivel de habilidad del psicoterapeuta, falta de conformidad con el tratamiento, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (ansiedad, distimia, uso de sustancias y trastornos de personalidad), enfermedad médica comórbida, depresión bipolar no detectada, exposición a sucesos crónicos o severos en la vida, mal diagnóstico y mal tratamiento.

Muchas veces después de un período libre de medicación de 4 a 6 semanas, los pacientes pueden responder a pruebas antidepresivas que previamente no tuvieron éxito. Además, las intervenciones psicoterapéuticas también parecen ser beneficiosas. Se recomiendan varias estrategias psicofarmacológicas para adultos con depresión resistente, que pueden ser aplicables a la juventud: optimización (aumentar la duración de la medicación inicial y/o ajustar la dosis), cambiar a otro agente de la misma o de diferente clase, o la combinación (litio, triyodotironina).

En diferentes estudios, se han propuesto como tratamientos alternativos la combinación de ADT con litio, la fluoxetina, fenelcina, amitriptilina, clomipramina endovenosa, e incluso la TEC.

### TRASTORNO DISTÍMICO

Estudios de pacientes distímicos adultos han mostrado que los ADT, los ISRS y los IMAO con la mismas dosis utilizadas para el tratamiento de MDD son eficaces para el tratamiento de la distimia. Además, la práctica clínica apoya el uso de psicoterapia de grados variables de intensidad, incluyendo entre otros psicoanálisis, la psicoterapia psicodinámica, la CBT y la IBT para tratar el DD. Estas psicoterapias apuntan a la modificación de la organización de personalidad mal adaptada que puede determinar el cambio en humor persistente y a largo plazo que caracteriza el DD.

### CONDICIONES COMÓRBIDAS





Es de primordial importancia tratar las condiciones comórbidas, que frecuentemente acompañan al MDD y DD, puesto que pueden influenciar en la iniciación, el mantenimiento y la recurrencia de la depresión. Igualmente, los síntomas depresivos también pueden influenciar la respuesta al tratamiento de trastornos comórbidos.

Varios tratamientos psicosociales y farmacológicos utilizados para tratar la depresión, pueden también ser útiles para el tratamiento de condiciones comórbidas. Por ejemplo, las terapias cognitivas o psicodinámicas pueden ser útiles tanto para síntomas depresivos como de ansiedad; los ISRS pueden ayudar tanto a los trastornos de ansiedad como a los MDD; los TCAs y bupropion pueden ayudar tanto al ADHD como al MDD; los ISRS pueden ayudar tanto a la bulimia como al MDD; la clomipramina y los ISRS pueden ayudar tanto al MDD como al trastorno obsesivocompulsivo y los ISRS han probado ser de ayuda en la distimia y el MDD de adultos.

### **¿CÓMO PODEMOS PREVENIRLA?**

Se muestra en algunos estudios que el CBT de grupo junto con la relajación y la terapia de solución de problemas en grupo pueden prevenir recurrencias de depresión de hasta 9 a 24 meses después del tratamiento. Intervenciones educacionales breves basadas en la familia, también han mostrado ser beneficiosas en la disminución de los efectos del trastorno del humor paterno y en niños con alto riesgo de depresión.

Los niños con DD normalmente tienen su primer episodio de MDD de 2 a 3 años después de la aparición del DD, lo que sugiere que el DD es una puerta hacia el trastorno de humor recurrente e indica la necesidad de intervenciones preventivas dirigidas a esta población.