

# DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL

**Autora:**  
**Natalia Soriani.**  
[nataliasoriani@hotmail.com](mailto:nataliasoriani@hotmail.com)

### **Resumen:**

*La depresión es uno de los principales problemas de salud mental de la sociedad actual. En los últimos años ha habido un interés creciente por la evaluación de la depresión infanto-juvenil. La depresión en niños y adolescentes es un trastorno insidioso, en bastantes ocasiones poco reconocido, confundido con otros trastornos, o entendido como una variación normal del estado de ánimo. Las causas de este hecho son varias e incluyen, entre otras, el tipo de sintomatología y la naturaleza frecuentemente encubierta de los síntomas, la visión del final de la infancia y del inicio de la adolescencia como una época de cambios y alteraciones emocionales, la poca relación y la insuficiente comunicación entre algunos adolescentes y padres o adultos de referencia, como profesores, y la falta de auto derivación a los profesionales por parte de los adolescentes. Si queremos que la evaluación psiquiátrica proporcione un retrato lo más cercano posible al funcionamiento del niño o adolescente, debemos evitar, de entrada, otorgar una etiqueta diagnóstica, procurar evaluar diversas áreas de funcionamiento y recoger información de diferentes informantes. También es necesario utilizar instrumentos variados que incluyan, si es posible, enfoques categoriales y dimensionales. Además estos instrumentos han de estar adaptados a la población y al contexto cultural en el que se aplican y contar con normas apropiadas para la edad y el sexo de los evaluados.*

**Palabras clave:** *depresión, infancia, adolescencia, enfoques, evaluación,*

### **Abstract:**

*Nowadays, depression is one of the most important mental health problems. Its presence in childhood and adolescence is expressed, as in adults, as a cluster of symptoms that may include anhedonia, lowered self-esteem, social withdrawal, fatigue, crying spells, sleeping and eating disturbances and self-destructive impulses. In children and adolescents, depressive symptoms could be expressed too as irritability, impaired school performance, problems in coping family troubles or in social relations with peers. Study the utility of an assessment procedure of depressive symptomatology in children and adolescents, and adapt different methods of assessment from different sources of information is the main purpose of this dissertation. The adapted instruments have good reliability and validity and are useful to identify and assess depressive symptomatology in children and adolescents in communitarian, school and clinical context. Also, the assessment procedure evaluated is useful to identify these symptoms. Data collected in this dissertation bring a multistage, multimethod and multiinformant model not only to diagnostic childhood depression but also other childhood and adolescent psychopathology.*

**Key words:** *depression, childhood, adolescence, sources, evaluated.*

# DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia no siempre es el paraíso ideal al que el imaginario colectivo de muchos adultos a veces sueña con volver. Para varios especialistas en el tema, la cantidad de chicos que recurren al consultorio por trastornos depresivos aumentó llamativamente en los últimos años. "En la actualidad se presentan con mayor frecuencia las depresiones ansiosas con síntomas fóbicos", un crecimiento notable en el número de jóvenes que sufren "depresiones encubiertas con sintomatología psicósomática y trastornos de alimentación".

Los organismos internacionales, de hecho, vienen advirtiendo en los últimos años que la depresión será una de las patologías de mayor crecimiento en el siglo XXI. Y algunos especialistas consideran que los chicos no escaparán a los males de esta patología que ya cuenta con pronóstico de epidemia. Desde la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil, incluso, se apunta que se diagnostican cada vez más casos de depresión en niños y adolescentes "porque hay más conciencia y, por lo tanto, más consultas", aunque se aclara que muchos casos no llegan al consultorio porque "los padres asumen que algo está mal recién cuando el chico hace lío o se porta mal. Es raro que se preocupen porque el chico es calladito, muy tímido o poco curioso, señales que a veces no se deberían dejar pasar".

Desde hace mucho tiempo se estima que entre el 8 y el 10 por ciento de la población infantil padece depresión. En el país existe un subregistro, pero se sabe que las consultas en los servicios de salud mental infantil aumentaron entre el 30 y 40 por ciento en los últimos años, así como los suicidios en los adolescentes.

"El primer síntoma del chico que se deprime es su dificultad para gozar y entusiasmarse con las actividades que antes le producían placer", apunta el psiquiatra Héctor Basile, presidente honorífico del Capítulo de Psiquiatría Infanto Juvenil de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y para quien, precisamente, un peligro importante y frecuente en los adolescentes depresivos no diagnosticados a tiempo "son las ideas y conductas suicidas por rebeldía, abatimiento o desesperación".

De acuerdo a lo que se explica, la depresión no es únicamente un conjunto de síntomas típicos (tristeza, ganas de llorar, pesimismo, temor o angustia) sino que también se puede expresar por cambios físicos (cansancio, mal dormir, dolores de cabeza, desgano sexual) y/o cambios en la conducta (irritabilidad, mal humor, aumento del hábito de fumar o de tomar alcohol, sobrepeso). A los aportes del psicoanálisis y de la psicología cognitiva, en la actualidad, se explica, está bien establecido por las neurociencias que la depresión es un

## **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

desequilibrio psiconeuroinmunoendocrinológico, lo que significa que es la resultante de la modificación simultánea de diversos sistemas (psicológico, neuroquímico, inmunitario y hormonal) que, como si fueran cuatro diferentes engranajes interconectados, determinan que al comenzar a girar inducen cambios en los restantes. Por lo tanto, apuntan los especialistas, es necesario atender a todos de manera simultánea.

Según los expertos, además, el grado de afección de la enfermedad cambia según la edad. Los entendidos en la materia destacan con más cuadros reactivos de depresión a las personas de entre 18 a 20 años y los de 40 a 50. En esta última franja de edad, incluso, la patología afecta más a las mujeres, sobre todo en las franjas de edad comprendidas entre los 40 y los 44 años. Aún así, y si bien no existen datos oficiales, se estima que sólo el 50 por ciento de los que padecen una depresión grave acude al médico y de los que van, sólo la mitad son diagnosticados y tratados. El primer filtro a la hora de llevar el caso al especialista es el médico de cabecera o el psicólogo, en caso de que lo haya. Sólo cuando se complica pasa a manos del psiquiatra.

"Cuando la sintomatología que presentan tiene que ver con aspectos emocionales, la búsqueda de las causales se realiza por distintas vertientes. La primera de ellas va a tener en cuenta los elementos neuro-psico-fisiológicos que serán detectados por el médico cuando corresponda, o mediante un proceso psicodiagnóstico".

Lo cierto es que el camino a la primer consulta no resulta sencillo, porque así como los chicos encienden un alerta con certeros llamados de atención, también despistan. Y tampoco es fácil para los padres pensar en la posibilidad de una depresión.

"A veces es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo", "la depresión en los chicos se manifiesta de forma muy diferente a los síntomas clásicos de la depresión en adultos. El exceso en el dormir, cambios en los hábitos alimenticios y hasta la conducta delictiva pueden ser síntomas de depresión".

Hay algo en lo que coinciden todos: la depresión afecta no sólo el ánimo, sino también a todo el organismo: la manera de pensar, la forma de vivir, las costumbres, la seguridad, el placer y la visión del mundo. De ninguna manera indica debilidad de carácter ni es una condición de la cual alguien se puede librar por la voluntad. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

En este último tiempo, se pudo comprobar en muchos chicos "el incremento de los temores de enfrentar el sistema opresor de consumo que aún tiene tanta vigencia. Es notable su influencia en casi todas las etapas de la vida y el traspaso masivo transgeneracional y transcultural. El alto costo de la inseguridad que se registra en los mayores tiene una incidencia directa en los más jóvenes. La frustración de un trayecto honrado y laborioso en la vida, que

no genera la retribución esperada, es motivo permanente de la queja que acompaña la mesa familiar".

Frente a esta realidad, coinciden los expertos, es necesario insistir con un precepto máximo de la medicina: no hay tratamiento preciso sin un diagnóstico preciso. Resulta un verdadero -y peligroso- acertijo indicar a una persona deprimida un tratamiento correcto si no está basado en los métodos de diagnóstico que hoy se hallan disponibles. El tratamiento psicoterapéutico es impostergable, la pregunta del millón es si también son necesarios los psicofármacos.

Según explican muchos, el tratamiento siempre se inicia sin medicación, pero si no hay una evolución positiva a veces es necesario recurrir al psicofármaco. Claro que, frente a esto, tanto desde el ámbito de la psiquiatría como desde el consultorio de muchos psicólogos advierten del mal uso y del abuso que se puede hacer de los psicofármacos, sobre todo los ansiolíticos.

## **Trastorno del estado de ánimo en niños prepuberales**

Los trastornos del ánimo de inicio temprano son enfermedades crónicas y recurrentes con una elevada probabilidad de persistir en la edad adulta. A pesar de los potenciales efectos debilitantes sobre el crecimiento y el desarrollo (como el rechazo escolar, el abandono de la escuela y el riesgo de suicidio y suicidio consumado, los trastornos del ánimo han recibido poca atención hasta hace poco tiempo. La depresión en la infancia no fue reconocida en los Estados Unidos hasta la conferencia de la Depresión en la Infancia del National Institute of Mental Health (NIMH), celebrada en 1975, en la que se concluyó que para diagnosticar depresión en niños podrían utilizarse los criterios de los adultos se realizaban las modificaciones adecuadas de acuerdo con la edad y las etapas del desarrollo. En Europa el reconocimiento de depresión en niños y adolescentes tuvo lugar en 1971, cuando la Unión Europea de Psiquiatras infantiles reconoció y trató oficialmente las necesidades de los niños con depresión y declaró que la depresión era una importante enfermedad que constituía una parte considerable de los trastornos mentales en niños y adolescentes.

En el pasado los trastornos mentales infanto juveniles estaban infradiagnosticados o diagnosticados de manera errónea (Weller et al 1995). Los trastornos afectivos en niños prepuberales reciben actualmente muchísima mayor atención, pero continúan planteando problemas diagnósticos.

Diferentes autores han señalado el infradiagnóstico del trastorno bipolar infantil tanto en servicios hospitalarios como en las revisiones de historias clínicas. Esta tendencia al infradiagnóstico se debe en parte a la idea de que la inmadurez del superego de los niños y su estructura de personalidad no permiten el desarrollo o experiencia de un trastorno del ánimo. Otro factor relacionado es que muchos niños carecen de la capacidad de expresar verbalmente sus emociones, y por lo tanto, estos trastornos tienden a presentarse como síntomas somáticos o quejas de "no sentirse bien", lo cual es interpretado por los pediatras como una enfermedad física. En relación con la

### **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

dificultad de diagnosticar manía en niños Ziehen 1902 señala: “ la conducta de un niño normal se parece mucho a la actividad hipomaniaca y cualquier leve variante puede pasar totalmente desapercibida. Otra causa de infradiagnostico de los trastornos del ánimo en niños prepuberales es que los propios padres con trastorno bipolar (y por lo tanto con un riesgo incrementado de tener descendencia con trastorno bipolar) permanecen infradiagnosticados.

La dificultad para diagnosticar la manía y la depresión en niños también puede deberse al hecho de que el lenguaje no empieza a utilizarse como medio principal hasta los 7 años aproximadamente. Desafortunadamente, en la clínica, se ha vuelto práctica común utilizar listados de síntomas o hablar sobre el niño únicamente con los padres, en lugar de evaluar minuciosamente y directamente al niño, los síntomas centrales del trastorno del ánimo (sentirse triste, tener baja autoestima, no sentirse a la altura de las circunstancias, concebir pensamientos suicidas) pueden pasarse por alto, detectándose únicamente aquellos síntomas que hicieron que los padres llevara al niño a la consulta para recibir tratamiento (irritabilidad, involucrarse en peleas y otras conductas perturbadoras).

Previamente, los niños y adolescentes con trastornos del ánimo a menudo habían sido diagnosticados como casos de trastornos adaptativos, trastorno disocial, TDAH y esquizofrenia. Las descripciones clínicas en los casos clínicos y en las series clínicas sugieren que tanto la diferente presentación del trastorno bipolar en niños pequeños desde el punto de vista evolutivo como el solapamiento de los síntomas con el TDAH hacen difícil el diagnóstico de trastorno bipolar en niños. (1)

## **Historia de los trastornos del ánimo en la infancia**

Kraepelin (1921) creía que la manía existía en niños prepuberales y que su incidencia se incrementaba con el inicio de la pubertad. De los 900 pacientes maniacos estudiados, en el 0,4% la manía se inició antes de los 10 años. Kraepelin también presentó el caso de un niño de 5 años con manía. Kasanin en (1931) también pensaba que los trastornos del ánimo pueden originarse a una edad temprana, y junto con Homburger (1926), creía que existía una tendencia a clasificar las alteraciones del ánimo que se presentaban en niños como esquizofrenia de la infancia. En una revisión de trastorno bipolar en la infancia, Weller EB et al (1995) encontraron descripciones de manías en niños preescolares realizadas por Esquirol hacia más de 150 años (1845), así como informes de Barret (1931), Bleuler (1934), Oslen (1961), y Campbell (1952).

A pesar de esta larga tradición clínica, algunos autores (Kanner, 1937) dudaron de la existencia de la manía en niños. Anthony y Scott (1960) presentaron criterios restringidos para el diagnóstico de enfermedad maniaco depresiva en la infancia, dudando que esta entidad existiera en este grupo de edad. Al revisar 28 artículos entre 1884 y 1954, informaron que solamente 5% de los 60 casos publicados de manía en la infancia realmente cumplían sus criterios de diagnóstico bipolar. Sin embargo, la evaluación minuciosa de este artículo muestra que estos datos, eran en parte, el resultado de unos criterios

## **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

diagnósticos muy estrictos, la mayoría de los cuales no forman parte del DSM actualmente. A pesar de todas estas dudas y controversias Akiskal (1995) reafirmo la existencia de trastorno bipolar en personas jóvenes basándose en el análisis de varias publicaciones científicas. En su trabajo, Akiskal se refiere a los estudios de Anell (1969) y DeLong (1978), los cuales publicaron alteraciones conductuales en niños que respondían al tratamiento con litio, también hace mención de los trabajos de Weinberg y Brunback (1976), que observaron que con gran frecuencia, la manía coexiste con sintomatología depresiva en la infancia, finalmente también cita Carlson y Strober (1978) quienes describieron en profundidad la sintomatología de la manía en la adolescencia temprana. Finalmente Akiskal et al (1977-1979) publicaron un estudio sobre 50 probandos ciclotímicos, que presentaban una enfermedad bifásica iniciada en muchos casos en la adolescencia o antes, que posteriormente evolucionaba a episodios maníacos o hipomaniacos mas intensos.

Aunque el reconocimiento, valoración y diagnóstico del trastorno bipolar, han mejorado, para muchos clínicos todavía persisten determinadas dificultades. En una revisión retrospectiva de 200 artículos publicados entre 1809 y 1982, Weller RA et al. 1986 centraron su atención en los casos clínicos de niños con sintomatología psiquiátrica grave (excluyendo TGD y TDAH). Estos autores observaron que aproximadamente la mitad de los niños diagnosticados en su revisión como maníacos de acuerdo con los criterios del DSM III, habían recibido anteriormente otro diagnóstico.

Además con frecuencia los pacientes maníacos depresivos infantiles también son diagnosticados erróneamente como pacientes neuróticos, neurológicos o esquizofrénicos (Campbell 1953). (2)

## **Valoración**

Durante la entrevista se deberá tener una historia evolutiva que incluya los trastornos psiquiátricos, el tratamiento, la respuesta al tratamiento, y los estresores psicosociales. El niño se deberá entrevistar a solas y con la familia. También se deberán entrevistar los miembros de la familia por separado. Un factor que complica el diagnóstico de los trastornos del ánimo en los niños es que los padres presenten a menudo psicopatología activa. Por lo tanto es crucial que los padres refieran la sintomatología de su hijo y no la suya propia. Con frecuencia es necesario obtener información de los maestros y del personal escolar para verificar que los padres están informando con exactitud sobre la sintomatología de su hijo. La mayoría de los padres pueden proporcionar una valoración objetiva comparando al niño con otros de su edad en la escuela, donde además la conducta del niño se manifiesta en un entorno con demandas diferentes a las que presenta en casa (permanecer sentado, y centrar la atención en un entorno grupal). Antes de iniciar el tratamiento con niños con trastornos del ánimo es necesario realizar una exploración clínica completa y pruebas de laboratorio adecuadas para descartar enfermedades médicas que presenten signo de sintomatología depresiva o maníaca para evaluar el tratamiento.

## **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

Estas pruebas deberían incluir un laboratorio completo con recuento diferencial, concentración de electrolitos, prueba de función hepática, nitrógeno ureico sanguíneo, concentración de creatinina, pruebas de función tiroidea, análisis de orina y electrocardiograma. Si está indicado clínicamente debería realizarse un electroencefalograma y una TC o RSM para valorar la presencia de descargas epilépticas u otro signo de organicidad.

Actualmente se pone en énfasis el uso de instrumentos diagnósticos estructurados y semiestructurados en el proceso de evaluación de niños. Una ventaja de las entrevistas estructuradas es que pueden ser realizadas satisfactoriamente por psicometristas entrenados. Los instrumentos semiestructurados generalmente requieren que realice la entrevista un clínico experimentado. Todas estas herramientas diagnósticas proporcionan una cobertura completa de los trastornos definidos en el DSM IV. Las entrevistas clínicas utilizadas más ampliamente son la Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes, el protocolo de entrevistas diagnósticas para niños, y la entrevista para síndromes psiquiátricos en niños. Las entrevistas semiestructuradas son el programa para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar, el protocolo de la ciudad de Washington para trastornos afectivos e esquizofrenia en niños y adultos jóvenes-para episodios pasados y presentes versión DSM IV, y el protocolo de valoración infantil.

Durante el tratamiento, las escalas de valoración clínica pueden utilizarse para medir la gravedad y seguir los cambios en los síntomas diana.

Existen dos instrumentos para valorar, la gravedad de la depresión en niños, el Inventario de depresión infantil, y la escala de depresión infantil, que tienen unas propiedades psicométricas excelentes. (3)

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA. Trastorno depresivo mayor.**

Aunque los rasgos esenciales en la depresión mayor son similares en niños adolescentes y adultos existen diferencias apreciables en su sintomatología. Se considera que en los niños prepuberales son más prevalentes las quejas somáticas, la agitación psicomotora y las alucinaciones congruentes con el estado de ánimo. Los trastornos de ansiedad co mórbidos también son frecuentes. Entre los adolescentes son más frecuentes la conducta antisocial, el uso de sustancias, la inquietud, el mal humor, el retraimiento, la agresividad, y los problemas familiares y escolares, así como los sentimientos de querer abandonar el hogar o de no ser comprendido y aprobado.

Varios autores han observado que varios niños con depresión en la infancia presentan síntomas atípicos que hacen difícil el diagnóstico.

Un diagnóstico de depresión atípica requiere reactividad emocional y al menos uno de los síntomas siguientes: hipersomnia, aumento de apetito, aumento de peso, enlentecimiento psicomotor.



Birmaher et al (1997) estudiaron las diferencias en el desarrollo en los diferentes grupos de edad en la depresión mayor. Los autores plantearon que los síntomas de endogenicidad melancólica, psicosis, intentos de suicidio, mortalidad de los intentos de suicidio y deterioro del funcionamiento general, aumentan con la edad, mientras que la ansiedad de separación, las fobias, las quejas somáticas y los problemas conductuales se producían más frecuentemente en niños. En los niños con depresión psicótica, las alucinaciones auditivas parecen ser más comunes que los delirios, siendo estos últimos más frecuentes en adolescentes y adultos. Todo ello puede relacionarse con la falta de maduración cognitiva en los niños.

El pronóstico a largo plazo de los trastornos depresivos de inicio en la infancia es motivo de gran importancia.

Aunque la probabilidad de recuperación del primer episodio es buena, observaron que los episodios son largos, siguen su propio curso y demuestran escasa variabilidad en función de características clínicas y demográficas.

La edad de inicio del trastorno depresivo mayor afecta a la duración de la enfermedad en los adolescentes, pero no ejerce un efecto apreciable sobre la recuperación.

Hay estudios que sugieren que el inicio más temprano de la enfermedad depresiva se asocia con una mayor gravedad de la enfermedad, y con menor capacidad de adaptación individual.

La recuperación de la depresión mayor en niños y adolescentes no parece estar influida por el sexo, la clase social, la gravedad de la depresión definida por los síntomas y subtipos endógenos, melancólico y psicótico.

Sin embargo algunas de estas variables (sexo), ha demostrado ejercer influencia en el inicio o recidiva de la depresión mayor y la manía.

La media del tiempo de recuperación en niños entre los 8 y los 14 años con trastorno depresivo mayor ha sido estudiada por Kovacs et al (1989). Estos estudios observan que el 74% de niños con trastorno depresivo mayor remitía en un año, sin embargo el 33% experimentaba recidivas a los 2 años y el 74% a los 5 años. Además los predictivos de la duración de la depresión eran diferentes de los factores predictivos de recidiva de la depresión. En aquellos niños en que la depresión mayor se iniciaba a una edad más temprana y que recibían más tratamiento ambulatorio, la enfermedad era de mayor duración. Los niños con un trastorno combinado depresivo y distímico y de edad superior al inicio presentaban mayores tasas de recidiva. (4)

## **Tratamientos de los trastornos depresivos**

El tratamiento de los trastornos afectivos y el comportamiento suicida resulta complejo. Requiere conocer la valoración diagnóstica adecuada de los trastornos y estar familiarizado con los conceptos cambiantes y las estrategias terapéuticas en evolución utilizadas en estos procesos. La clave del éxito terapéutico es un diagnóstico preciso que requiere la valoración diagnóstica psiquiátrica exhaustiva, que incluya entrevistas con el niño, los progenitores y otros informadores (profesores, personal de servicios sociales). La valoración

### **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

psiquiátrica de los niños y adolescentes deprimidos y maníacos resulta difícil, y debe llevarla a cabo un profesional que preste atención a los factores de desarrollo, ambientales y culturales que afectan a la presentación clínica del paciente. (5)

El tratamiento de la depresión en niños y adolescentes está siendo objeto de una importante revisión en cuanto a la práctica de prescripción de antidepresivos, en particular de ISRS. Desde su introducción en la década de 1980, los ISRS han sido ampliamente probados en adultos. Se consideran seguros y eficaces en adultos y representan una mejora con respecto a los antidepresivos más antiguos, por sus menores efectos secundarios y su relativa seguridad en caso de sobredosis.

Aunque han sido menos estudiados en niños y adolescentes, su utilización ha ido en aumento

De 1996 a 1997, los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años recibieron 792.000 prescripciones de ISRS como tratamiento de la depresión. Durante este mismo período, el número de niños de 5 años de edad y más jóvenes que tomaron estos fármacos aumentó un 500%, de 8000 a 40000 (Hoar, 1998). En los años siguientes, se extendieron 1664000 prescripciones de fluoxetina, sertralina, paroxetina, y fluvoxamina a pacientes de menos de 18 años de edad. Esta utilización generalizada de ISRS en la depresión pediátrica se basaba en seis estudios publicados positivos.

La fluoxetina presenta la evidencia más convincente de su eficacia, con tres ensayos clínicos positivos. Los datos con respecto a la sertralina, la paroxetina y el citalopram son más discretos. Los expertos creen que el uso generalizado de ISRS es un factor clave en la reciente disminución de los índices de suicidio en adolescentes.

En los últimos tiempos se han puesto en duda los beneficios de los ISRS tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos. En junio de 1993 la Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) el equivalente británico de la Food and Drug Administration (FDA) norteamericana y la propia FDA sugirieron que los ISRS podrían incrementar la tendencia suicida en niños y adolescentes. En diciembre del 2003, la MHRA declaró que todos los antidepresivos con excepción de la fluoxetina estaban contraindicados en la depresión pediátrica. En Estados Unidos, la FDA exigió etiquetar todos los antidepresivos con una advertencia en relación con su capacidad para inducir pensamientos o comportamientos suicidas en niños y adolescentes. La FDA recomendó también que los pacientes y sus progenitores fueran mejor informados con respecto al tratamiento antidepresivo, pero no formuló contraindicaciones para estos fármacos. La recomendación de la FDA se basaba en 24 estudios controlados con placebo de nueve antidepresivos que incluían a más de 4400 pacientes. (6)

De los 2200 pacientes que recibieron ISRS en estos estudios, ninguno consumió el suicidio. Sin embargo el índice de pensamientos o comportamientos suicidas (incluidos intentos reales de suicidio) fue del 4% de los pacientes que recibieron ISRS y del 2% de los que tomaron placebo. La FDA consideró el riesgo pequeño pero real.

Resulta muy difícil determinar si los ISRS aumentan el riesgo de suicidio consumado, ya que la propia depresión aumenta el riesgo de suicidio, y el suicidio consumado constituye un suceso infrecuente. Los ensayos clínicos controlados suelen incluir centenares de pacientes, no los miles de casos necesarios para detectar sucesos raros.

Además es típico que los ensayos clínicos excluyan a los pacientes con alto riesgo suicida. Más aun algunos creen que el tratamiento con antidepresivos tiene mayor probabilidad de desenmascarar un trastorno bipolar en niños y adolescentes que en los adultos, lo cual puede tener como consecuencia un estado mixto maniaco y depresivo, una situación que entraña un riesgo sumamente alto de comportamiento suicida.

Estas preocupaciones suscitan la cuestión de si los niños deben recibir o no, ISRS. Administrar ISRS a adolescentes puede aumentar la tendencia suicida, pero limitar su utilización podría hacer que el reloj retrocediera a la década de 1980, en la que los índices de suicidio iban en aumento.

Por desgracia, el tratamiento psicosocial exclusivo puede no ser adecuado para ayudar a todos los niños y adolescentes deprimidos, sobre todos aquellos que sufren depresión de moderada a grave. Aunque la terapia cognitiva conductual parece mas eficaz que otros tratamientos psicosociales de la depresión, el único estudio que comparo directamente la TCC con el tratamiento farmacológico en adolescentes deprimidos encontró que aquella era inferior a la terapia con fluoxetina y no mejor que el placebo. Con medicación, la relación riesgo beneficio es superior con fluoxetina que con otros antidepresivos, pero casi el 40 % de los adolescentes deprimidos no responde a ella, y otros no la toleran. En este tipo de pacientes debe considerarse el empleo de otros antidepresivos para los que se dispone de datos sobre su seguridad y eficacia. Es necesario encontrar un equilibrio entre la necesidad de un tratamiento antidepresivo eficaz y la necesidad de disminuir al mínimo posibles los efectos adversos (incluido el comportamiento suicida). (7)

## **Principios generales**

El tratamiento de la depresión suele dividirse en tres fases:

- a) tratamiento agudo, que se instaura en el paciente y dura hasta la remisión de los síntomas,
- b) tratamiento de continuación, que se prologa durante 6-12 meses para asegurar la continuación de la remisión, y
- c) la fase de mantenimiento, en la cual el medico decide si sigue siendo necesario mantener el tratamiento para evitar la recaída o la recurrencia.

En la fase aguda, el joven deprimido debe ser tratado en el entorno menos restrictivo que resulte seguro y eficaz para un determinado paciente. La elección del entorno del tratamiento (p. ej., ambulatorio, hospitalización parcial o centro de día, ingreso hospitalario, en residencia) depende de la disponibilidad de un ambiente seguro, la gravedad de la enfermedad, la

## **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

motivación del paciente y/o de su familia para el tratamiento y la gravedad de los trastornos psiquiátricos (p. Ej. Abuso de sustancias) o médicos comorbidos. La elección de la intervención o las intervenciones iniciales depende en parte del contexto del tratamiento. Otros factores son el número de episodios previos, la cronicidad, el subtipo de depresión (p.ej psicótico, bipolar, o atípica), la edad del paciente, factores del contexto (peje., conflicto familiar, problemas escolares) y la disponibilidad y experiencia del profesional. La decisión de comenzar tratamiento farmacológico, psicoterapia o ambos deben tomarla conjuntamente el profesional y unos progenitores o tutores adecuadamente informados, con el asentimiento del niño.

En la depresión leve a moderada, algunas terapias específicas (p.ej. TCC, terapia interpersonal) pueden resultar tan eficaces como los fármacos (Brent y cols., 1997). En muchos casos la terapia es un complemento importante del tratamiento farmacológico que ayuda a manejar las consecuencias psicosociales y escolares de la depresión. (8)

Los antidepresivos pueden estar indicados en niños y en adolescentes con trastorno bipolar sin ciclación rápida o depresión psicótica que presentan:

- a) síntomas graves que impiden una participación eficaz en la psicoterapia,
- b) síntomas que no responden a un ensayo terapéutico adecuado de psicoterapia, o
- c) depresión crónica o recurrente.

Antes de instaurar el tratamiento farmacológico deben identificarse los síntomas diana específicos. Es necesario informar a los pacientes y sus progenitores de los efectos secundarios, la pauta de dosificación, el plazo hasta la aparición del efecto terapéutico y los peligros de la sobredosis. Los progenitores deben aceptar la responsabilidad de almacenar y administrar los medicamentos para fomentar el cumplimiento y disminuir el riesgo de sobredosis. Se debe vigilar con cuidado la cantidad de medicamentos dispensados.

Los parámetros de práctica clínica avalados por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) en 1998 recomiendan la terapia de continuación a la misma dosis durante un mínimo de 6 meses después de la remisión de los síntomas agudos.

Puede utilizarse la psicoterapia para ayudar a los pacientes y sus familias a consolidar las habilidades aprendidas durante la fase aguda, afrontar las secuelas psicosociales de la depresión, abordar con eficacia los factores estresantes ambientales y entender los conflictos internos capaces de desencadenar una recaída. Es preciso entrenar al paciente y a sus familias para identificar los signos precoces de recaída. Si el paciente está tomando antidepresivos, la psicoterapia de continuación puede ayudar a fomentar el cumplimiento terapéutico.

Al final de la fase de continuación, en los pacientes que se considera que se considera que no precisan tratamiento de mantenimiento, debe suspenderse la medicación en forma gradual a lo largo de un periodo de seis semanas o más, para evitar efectos secundarios.

Se considerara un tratamiento de mantenimiento en pacientes con episodios múltiples o graves de depresión o con riesgo elevado de recurrencia. Aquellos

## **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

con antecedentes de dos episodios de depresión o más deben recibir tratamiento de mantenimiento como mínimo durante 1-3 años.

En los pacientes con más de tres episodios, o con episodios recurrentes acompañados de psicosis, afectación grave, tendencia suicida elevada o resistencia al tratamiento debe valorarse la posibilidad de tratamiento más prolongado. Entre los factores asociados a recurrencia se encuentran antecedentes familiares de trastorno bipolar o depresión recurrente, trastornos psiquiátricos comorbidos, ambientes estresantes o que no presentan apoyo y presencia de síntomas residuales o subsindrómicos. En la fase de mantenimiento han de utilizarse los tratamientos empleados para inducir la remisión de la fase aguda. (9)

La depresión resistente al tratamiento constituye un problema grave. Entre las razones potenciales de fracaso terapéutico figuran un diagnóstico incorrecto, una dosis inadecuada de antidepresivos, una duración inadecuada de tratamiento antidepresivo, una duración inadecuada de psicoterapia, una penetración inadecuada o un nivel de destreza insuficiente del psicoterapeuta, la falta de cumplimiento terapéutico, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, la comorbilidad médica, el trastorno bipolar y la exposición a acontecimientos vitales crónicos graves (p.ej. abuso sexual) que pueden requerir modalidades diferentes de terapia.

En adultos se han recomendado varias estrategias farmacológicas:

- a) optimización (extender el ensayo terapéutico inicial y o adaptar la dosis),
- b) cambio a una clase diferente de fármaco,
- c) potenciación o tratamiento combinado (p.ej. litio, T3), y
- d) terapia electroconvulsiva (TEC).

Sin embargo, en los niños y adolescentes todavía no se ha demostrado la eficacia de estas estrategias basadas en la evidencia. En la actualidad, el National Institute of Mental Health (NIMH) está financiando un estudio en 400 pacientes con edades comprendidas entre 12 y 18 años y con depresión resistente al tratamiento (Treatment of Resistant Depression in Adolescents) para determinar el tratamiento óptimo de los pacientes cuya depresión es resistente al primer ISRS ensayado. (10)

## **MODALIDADES TERAPÉUTICAS**

### **Intervenciones psicoterapéuticas.**

Esta indicado un ensayo de terapia psicosocial como primera línea de tratamiento cuando:

- a) el paciente y o la familia prefieren el tratamiento psicosocial,
- b) el paciente presenta contraindicaciones para la medicación (p. ej. Embarazo),

## **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

- c) el paciente está sometido a factores vitales estresantes complejos, o
- d) el paciente no ha respondido al tratamiento farmacológico ( Asarow y cols, 1999).

La depresión puede influir en cómo piensa una persona, cómo se relaciona y cómo ve al mundo. Existen datos considerables que indican que puede persistir cierto grado de discapacidad una vez que remite la depresión (p. ej. Klein y cols., 1997) y que apoyan la hipótesis de que los episodios depresivos se asocian a cicatrices psicosociales, dificultades que existen después del episodio pero no antes de este. También pueden desarrollarse estrategias terapéuticas psicosociales para abordar de manera específica trastornos comorbidos o factores estresantes psicosociales.

Los tratamientos psicosociales analizados hasta la fecha en jóvenes deprimidos han demostrado su eficacia en relación con condiciones de control o con intervenciones alternativas. Sin embargo, alrededor de 40% de las muestras no presenta una recuperación significativa o remisión según las definiciones de cada estudio. Esta frecuencia es congruente con el índice observado en los ensayos clínicos farmacológicos ( Emslie y Cols., 1997). Esto tiene importancia en programas de prevención en los que las intervenciones diseñadas para atraer a los participantes y que son presentadas por equipos de investigación entusiastas podrían conducir a una reducción de la depresión, al menos a corto plazo.

Es necesario considerar, en algunos casos, intervenciones sistémicas cuando la psicoterapia o el tratamiento farmacológico, solos o en combinación, resultan insuficientes. Algunos jóvenes necesitan servicios de protección, tratamiento en régimen residencial y hospitalización parcial o total, y debe considerarse su utilización cuando la seguridad o la gravedad de la disfunción indican la necesidad de servicios más intensivos.

Hay que considerar la posibilidad de recurrir a servicios auxiliares educativos (p. ej. Tutoría, educación especial), así como intervenciones recreativas (actividades deportivas, clubes, campamentos) o servicios sociales (p. e. alojamiento, comidas, formación profesional), que es probable que ayuden al joven y a su familia.

Antes de seleccionar una estrategia de intervención, resulta útil examinar como se ven las dificultades del paciente el niño y los miembros clave de su familia, y valorar cuáles son sus expectativas y creencias con respecto a las diferentes alternativas terapéuticas. (8)

**Elección de la intervención psicosocial.** Se han utilizado diversas estrategias psicosociales para tratar la depresión en los jóvenes. La edad de comienzo de la depresión, su gravedad, la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, la falta de apoyo, la psicopatología de los progenitores, el conflicto familiar, la exposición a conflictos familiares estresantes, el nivel socioeconómico, la calidad del tratamiento y la motivación del paciente y la terapeuta predicen la respuesta de la psicoterapia. Además, otros objetivos del tratamiento psicosocial son la ansiedad comórbida y la distimia, que predicen una mala respuesta y que pueden persistir después de un episodio de trastorno depresivo. (9)

## DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL

Autora: Natalia Soriani.

**Terapia cognitivo-conductual.** La TCC se basa en la premisa de que los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en su visión de sí mismo y del futuro, que contribuyen a su depresión.

La TCC enseña al paciente a identificar y contrarrestar estas distorsiones. Los estudios clínicos sobre TCC muestran una elevada incidencia de recaída en el seguimiento, lo cual sugiere la necesidad de tratamiento de continuación.

Los datos acumulados sobre TCC, tanto individual como en grupo, en el tratamiento de depresión en el adolescente, y en menor medida en niños.

El NIMH multaste Treatment for Adolescent with depression study (TADS) (March y cols., 2004) comparó la fluoxetina con la TCC, una combinación de TCC y fluoxetina, y placebo. La TCC sola no fue superior al placebo, y ambas fueron inferiores a fluoxetina sola.

Este es el único ensayo clínico controlado con asignación aleatoria que compara la eficacia de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión en niños y adolescentes. Se precisan más estudios con estos diseños.

Dos estudios independientes anteriores (Clark y cols., 1999, Lewinsohn y cols., 1990) comunicaron una ventaja significativa con la TCC de grupo para la depresión mayor y el trastorno distímico en adolescentes cuando se comparó con un control en lista de espera.

Los resultados de los dos estudios mostraron un índice de recuperación de 60,8% al término del tratamiento con TCC.

Brent y cols. (1997) examinaron la eficacia relativa de 12-16 sesiones de TCC individual, terapia de familia conductual sistémica y una terapia de apoyo individual no directiva. Se encontró un índice más elevado de remisión (60%) en los adolescentes que recibieron TCC, en comparación con los que fueron tratados con terapia de familia (29%) o en terapia de apoyo (36%).

Wood y cols. Compararon 6ª 8 sesiones de TCC individual para la depresión con un entrenamiento en relajación en jóvenes que cumplían los criterios de depresión mayor del DSM III-R o los criterios Diagnósticos de Investigación de depresión mayor (Research Diagnostic Criteria).

El índice de remisión fue significativamente mayor con el tratamiento mediante TCC (54%), que con el tratamiento de relajación (21%). (10)

## **Intervenciones farmacológicas.**

A pesar de la controversia actual, los ISRS siguen siendo los antidepresivos iniciales de elección en pacientes que requieren tratamiento farmacológico. Sin embargo, la presencia de procesos comorbidos puede requerir tratamientos iniciales alternativos. Por ejemplo un niño con trastorno depresivo mayor y trastorno por déficit de atención e hiperactividad

## **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

En la práctica clínica, desarrollada en el Hospital Dra. Carolina Tobar García, única institución monovalente del país dedicada a la atención de niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos, se viene trabajando sobre los temas referentes a la depresión infanto juvenil. Se observa la necesidad de efectuar tratamientos a niños y adolescentes con depresión, población que tiende a aumentar en la consulta hospitalaria.

En la actualidad han suscitado controversias respecto de la utilización de medicamentos antidepresivos, en cuanto a su eficacia y a sus efectos adversos. Hasta el momento con la práctica clínica de dicho hospital no se habían detectado efectos tales como el aumento de ideas o intentos suicidas con la utilización de los ISRS. Así pues surgió la necesidad de recabar las diferentes opiniones de los expertos, a fin de tener una aproximación más clara y fundada sobre la depresión en la infancia y la adolescencia, y también averiguar si los tratamientos psicofármacos lógicos con antidepresivos proporcionan el resultado buscado. Para lograr una adecuada aproximación se realizara una revisión de los diferentes parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos involucrados en la administración de los diferentes grupos de antidepresivos en la población infanto juvenil.

Los niños y los adolescentes presentan particularidades farmacocinéticas diferentes de los adultos, y no por ser más pequeños requieren menos dosis. Por lo tanto son dichos parámetros farmacocinéticos los que deberán ser tenidos muy en cuenta al momento de la prescripción para lograr la administración de una dosis adecuada que evite el desarrollo de concentraciones subterapéuticas que resulten en la falta de eficacia terapéutica del fármaco administrado.

Vale decir que toda medicación psicotrópica administrada, a niños y adolescentes, en primer lugar debe administrarse y monitorearse cuidadosamente. En segundo lugar, la dosis administrada en la población infanto juvenil no debe ser el resultado de una extrapolación directa a partir del peso corporal del adulto, ya que, si bien los estudios de farmacocinética son limitados en esta franja etaria, las observaciones clínicas realizadas dan a entender que en este grupo etario se requieren dosis mayores y ajustadas al peso corporal. (11)

## **Parámetros farmacocinéticos. Absorción**

La administración de un fármaco puede darse por vía oral, sublingual, subcutánea, intramuscular, rectal y transdermal.

A menudo se observa una absorción reducida cuando se administran drogas altamente polares, no liposolubles y de gran tamaño molecular. El grado de ionización, determinado por el PKa de la droga y el PH del entorno, son factores que pueden influir en la absorción.

El epitelio gastrointestinal es más permeable a la forma no ionizada porque, por lo regular, esta porción es liposoluble y favorece la absorción. El grado de



ionización medicamentosa cambiará a medida que crezca el PH, desde el estómago hacia la porción distal del intestino. Los factores principales que influyen en la absorción son: la difusión y el tiempo de vaciamiento gástrico. La mayor absorción de los fármacos ocurre en el intestino proximal que posee mayor superficie de absorción.

En la actualidad existen pocos datos respecto de los efectos de la edad sobre la absorción de psicotrópicos. Sin embargo es sabido que durante las etapas tempranas de la vida, la producción de ácido gástrico y la motilidad intestinal sufren cambios sustanciales, pero tienden a ser menos diferentes de los valores que se observan en el adulto, después del primer año de vida. Por lo tanto:

- Una motilidad lenta puede facilitar y prolongar la absorción de ciertas drogas. La presencia de un cuadro de constipación, causada o no por la droga prescrita, debe ser muy tenida en cuenta por la posibilidad que se produzcan efectos tóxicos.
- Una motilidad acelerada, por el contrario, produce una disminución en la absorción y la posible pérdida de eficacia terapéutica.

Los picos de concentración medicamentosa ocurren antes en el niño como resultado de la absorción más rápida. Si se considera que el pico de concentración ocurre cuando la tasa de absorción es igual a la tasa de eliminación y que en el niño la eliminación medicamentosa es más rápida, por lo tanto podemos concluir que a tasas de absorción idénticas tendremos el pico de concentración medicamentosa antes.

Los productos de acción retardada, creados para adultos, es posible que no funcionen del mismo modo en el niño debido a las diferencias que existen entre ambos en el tiempo de tránsito intestinal, (menor en el niño). (12)

## **Distribución y unión a proteínas.**

Dos factores importantes, que afectan la distribución, cambian sustancialmente durante el desarrollo y son:

- La cantidad de grasa corporal
- La proporción relativa del total del agua corporal

El organismo infantil contiene más agua que el del adulto y, relativamente su tejido adiposo es menor, lo cual puede tener un profundo impacto sobre la distribución de drogas y la acumulación de las drogas lipofílicas y sus metabolitos.

Para drogas altamente lipofílicas como los neurolepticos y los antidepresivos, el volumen de distribución se ve sumamente afectada por la cantidad de grasa corporal.

Su proporción está en el punto más alto en el primer año de vida, lo cual es seguido por una fase de disminución paulatina para finalmente volver a incrementarse en la pubertad.

Si se considera la administración de drogas lipofílicas, esperaríamos encontrar en los niños una mayor concentración plasmática que la que encontraríamos en los adultos. Pero se ha demostrado que, en realidad, el niño evidencia una menor concentración plasmática que la que evidenciaría el adulto en las

## **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

mismas condiciones. Por lo tanto otros mecanismos podrían explicar porque es más baja la concentración plasmática de las drogas lipofílicas en los niños.

En el niño, el volumen relativo de agua extracelular tiende a disminuir con el crecimiento. El agua extracelular disminuye gradualmente de un:

-40 a 50% del peso corporal, en el recién nacido.

-14 a 20% entre los 10 y 15 años de edad.

El total del agua corporal disminuye rápidamente alrededor de un:

-85% del peso corporal, en un recién nacido de pretermino.

-70% aproximadamente, en un recién nacido de termino.

-60% aproximadamente, en el niño de un año de edad.

-los valores correspondientes al adulto se alcanzan paulatinamente a los 12 años de edad.

El porcentaje de agua intracelular permanece estable durante los primeros meses de vida y hasta la adultez. Así pues es de esperar que las drogas que, primariamente se distribuyen en el agua corporal (litio), tengan una concentración menor en la población pediátrica, con relación a la población adulta, ya que en el niño el volumen de distribución es mayor.

La ligadura a proteínas difiere entre los pacientes pediátricos y los adultos la concentración de albúmina está directamente relacionada con la edad gestacional, sus niveles aumentan con rapidez hasta alcanzar niveles adultos en el primer año de vida.

Los ISRS son altamente ligandos a proteínas, como la albúmina y la  $\alpha_1$  (AAG). Sin embargo como los ISRS sólo ligan débilmente a la AAG, parece ser este el motivo por el cual los ISRS altamente ligandos no incrementan la fracción libre de otras drogas concomitantes, altamente ligandos.

Los lactantes, los niños y los adolescentes no constituyen un grupo homogéneo en términos de pautas de distribución medicamentosa. Además, tales diferencias son pronunciadas al llegar la pubertad por los cambios hormonales que influyen en el organismo. (13)

## **Metabolismo y excreción.**

Todos los psicofármacos deben poseer un grado suficiente de liposolubilidad para poder ser absorbida oralmente y alcanzar una elevada distribución dentro del SNC. Sin embargo, para su adecuada eliminación, se requiere que el fármaco sea metabolizado o biotransformado en metabolitos más solubles en agua para lograr su apropiada excreción.

Las enzimas comprometidas en esta biotransformación tienen su más alta concentración en el hígado pero, igualmente, están presentes en varios tejidos corporales tales como: intestino delgado, los riñones, los pulmones, las glándulas suprarrenales. La mayoría de las drogas psicoactivas sufren un metabolismo intenso en el hígado aun cuando ciertas se excretan sin cambios (litio, gabapentin). Los procesos metabólicos involucrados se clasifican en reacción de fase I y reacción de fase II.

**Fase I:** oxidorreducción e hidrólisis que permite oxigenar la molécula y romper la estructura química de la droga. Las enzimas P450 producen dicha transformación.

**Fase II:** conjugación de la droga con ácido glucuronido por medio de (UDPG), uridina-difosfato-glucuroniltransferasa.

Algunas drogas como lorazepam, lamotrigina, no pasan por reacciones de fase I y van directamente a la conjugación.

Se sabe muy bien que *la maduración de las enzimas* que se encargan de metabolizar las drogas, constituye un factor primordial responsable de los cambios farmacocinéticos vinculados con la edad del sujeto.

Se describieron casos de toxicidad medicamentosa en el neonato por la deficiencia de enzimas responsables tanto del metabolismo de fase I como del de fase II. (14)

### **Síndrome serotoninérgico central (SSC).**

Ya se han comunicado más de 125 casos. A causa del uso habitual de ISRS en conjunto con otras medicaciones, algunos autores han advertido de la posibilidad de un incremento sustancial en la incidencia del SSC.

El SSC se manifiesta por:

- Síntomas autónomos
- Síntomas neuromusculares
- Síntomas cognitivos

Los síntomas leves pueden comprender:

- Temblor
- Incoordinación
- Confusión

Los síntomas moderados pueden manifestarse por:

- Temblor
- Sudoración
- Hiperreflexia
- Agitación

Los síntomas graves comprenden:

- Fiebre
- Mioclonias
- Diarreas

Este síndrome se asocia con dos o más drogas que incrementan la transmisión central de serotonina y afectan el receptor serotoninérgico 5-HT<sub>1A</sub>.

Los síntomas comienzan frecuentemente después de haberse agregado un segundo agente proserotoninérgico.

Por lo tanto es prudente un estrecho monitoreo y suspender los ISRS si sospechamos estar en presencia de SSC.

Los síntomas más graves exigen un cuidado médico más extremo y es bueno recurrir a agentes tales como la ciproheptadina para tratar el síndrome.

### **DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**

Aun cuando es raro que el psiquiatra infante juvenil use IMAO, igual tiene que prestar atención a las drogas serotoninérgicas que receta, las que son más susceptibles de producir SSC.

La **fluvoxamina, la fluoxetina, y la paroxetina** todas tienen cinéticas no lineales y todo incremento agresivo de dosificación puede dar como resultado un incremento en los niveles de la droga en los receptores de serotonina, superiores a los esperados.

Por eso se aconseja en niños y adolescentes, comenzar con dosis muy pequeñas y aumentarlas paulatinamente.

También es pertinente realizar una adecuada anamnesis farmacológica en los pacientes que concurren a la entrevista psiquiátrica, tener en cuenta la necesidad de obrar con suma precaución cuando un paciente se encuentra recibiendo **fluoxetina o paroxetina conjuntamente con otras drogas:**

- Sustratos del CYP2D6, el dextrometorfano, el tramadol y antidepresivos tricíclicos.
- Sustratos de CYP3A, la hierba de San Juan.

También puede ocurrir SSC cuando se suspende la fluoxetina y se agrega otra droga serotoninérgica en forma inmediata, no dando lugar al wash out de la norfluoxetina.

Por lo tanto se aconseja introducir otro ISRS recién pasadas las 4 semanas de suspendida la misma. (15)

## CONCLUSIONES

Si bien los estudios de farmacocinética referentes a la infancia y la adolescencia son limitados, la mayoría de ellos ha demostrado que **los niños y adolescentes tienen particularidades farmacocinéticas diferentes de los adultos, por lo que la dosificación no se puede extrapolar.**

Las interacciones medicamentosas deben ser cuidadosamente monitoreadas, sobre todo por los posibles riesgos de que se presente un efecto adverso tan grave como el SSC.

Finalmente hay que recalcar que el médico psiquiatra infante juvenil debe ser el profesional que prescriba psicofármacos, en este grupo etéreo, en forma adecuada y racional. Para ello resulta sumamente necesario que este mantenga una constante actualización de las diversas interacciones medicamentosas descritas así como también de los diversos conocimientos básicos relativos a los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos disponibles y aprobados para su utilización en niños y adolescentes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1-2) Tratado de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Jerry M Wiener y Mina K Dulcan. Capitulo 24 "Trastorno del estado de ánimo en prepuberes", pagina 413.

3) Tratado de Psiquiatría sexta edición, Harold I. Kaplan, MD y Benjamin J. Sadock, MD. Capitulo 44. Trastornos del Estado de Animo. Gabriela A. Carlson, Susan F Abbot. Pág. 2293.

4) Tratado de psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. pag 415 y 416. Trastorno del estado del animo en niños prepuberes.

5-6 y 7) Tratamientos de los trastornos psiquiatricos. Tomo I. Glen O. Gabbard, MD, Pág. 6 y 7. Capitulo 1, Trastornos Afectivos y Comportamiento suicida.

8-9 y 10) tratamientos de los trastornos psiquiátricos. Parte I Trastornos del inicio en la niñez y la adolescencia. Elizabeth B Weller, MD, John F. McDermott Jr, MD. Pag 7.

11) Toro Trallero J, Castro Fornieles J, García I Giral M. psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Masson, 1998.

12-13) La depresión en la infancia y en la adolescencia. Segunda parte: acción farmacológica, farmacocinética y farmacodinámica de las drogas. Revista latinoamericana de psicofarmacología y neurología .DIR Dr. Luis Maria Zieher- año 7-numero 44- junio 2007.

14-15) Osteheld Jr, Flockhart DA- Pharmacokinetics II. Cythochrome P450-mediated drugs interactions.

## **REFERENCIA CURRICULAR**

**Autora: Natalia Soriani.**

105 1450, Necochea, BsAS, Argentina.

Tel :02262428918. [nataliasoriani@hotmail.com](mailto:nataliasoriani@hotmail.com)

Medica Residente de 2do año en psiquiatría de adultos.

Hospital neuropsiquiátrico Domingo Taraborelli, Necochea.

**DEPRESIÓN INFANTO JUVENIL**

**Autora: Natalia Soriani.**