

Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz
www.spapex.org

Vol. II - Septiembre 2005 - nº 3

SUMARIO

EDITORIAL

Las Sociedades Pediátricas se unen por la mejora de la Atención Primaria. **PAG 2**

OPINIÓN

Programa de salud escolar. **PAG 3**

NOTICIAS

Código de responsabilidad ética de la AEPap en relación con la Industria **PAG 4**

ARTÍCULO

Niños, Adolescentes y Depresión Mayor. Detección y Tratamiento.
Rosa M^a Sánchez Muñoz, Jaime J. Cuervo, Teresa Martínez Rey. **PAG 7**



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA



Depósito Legal: BA-439-05
ISSN: 1885-2483

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés
Impresión: Imprenta Rayego. Badajoz

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS POR CORTESÍA DE  **chiesi**



Las Sociedades Pediátricas se unen por la mejora de la Atención Primaria

La prensa médica se hace eco de la posición de las Sociedades Pediátricas de Primaria de cara a conseguir mejoras en la Atención Primaria de nuestro país.

La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (Sepeap) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Aepap) han decidido seguir los pasos de las tres sociedades de Medicina de Familia y unir sus esfuerzos para exigir mejoras en el primer nivel asistencial. Los retos comunes son participar en la reforma de la atención primaria y mejorar la formación y el ejercicio de su especialidad.

A diferencia de las sociedades de Familia, las Pediátricas no descartan que esta unión se formalice y concluya en una integración. «El objetivo es que no existan dos sociedades, pero antes de eso estableceremos líneas de trabajo conjuntas», explica Juan Ruiz-Canela, presidente de la Aepap. Precisamente, Alfonso Delgado, presidente de la Asociación Española de Pediatría, en la que ambas sociedades están representadas, ha indicado que lo más lógico es que «la más joven (la Aepap) se integre en la otra, como se le solicitó hace cinco años».

Las dos organizaciones han redactado una serie de peticiones mínimas que están haciendo llegar a las autoridades sanitarias, central y autonómicas.

Ambas reiteran la necesidad de regular la rotación del residente, para introducirle en las particularidades del primer nivel, puesto que será el destino de la mayoría de los futuros pediatras. «Deben aprender los patrones de las enfermedades actuales, como la obesidad y el asma», expone Ruiz-Canela.

«El programa MIR no está formando al pediatra en primaria», asegura el presidente de la Sepeap, Fernando Malmierca, a pesar de que la comisión nacional de la especialidad ha aprobado ya la rotación de seis meses.

«Lo que queremos es que quede reglada, que se exija el paso por primaria», puntualiza Malmierca.

Al igual que les sucede a los médicos de familia, los pediatras sufren la masificación de las consultas y, en consecuencia, dedican entre cinco y ocho minutos a cada paciente.

Sin embargo, hay diferencias, puesto que «los pediatras no tenemos que enfrentarnos a la burocracia propia de las recetas. El niño enferma de forma aguda y tienes que hacer una exploración completa», dice Ruiz-Canela. «En nuestro caso -añade Malmierca- tenemos determinadas actividades preventivas que requieren

trabajar con niños y sus familias para que luego no tengan que volver a consultar. Y eso lleva más de diez minutos». El cupo ideal se estima en mil niños por especialista.

Pero los pediatras también quieren más tiempo para poder dedicarlo a la docencia de los residentes y que esta labor cuente en la carrera profesional, junto con la investigación. «Todo lo que se hace bien se puede medir bien», dice el presidente de la sociedad extrahospitalaria.

«Se debe premiar al que es capaz de legar con sus investigaciones un conocimiento a los demás», indica su homólogo en la Aepap.

En sus demandas se suman a los médicos de familia para pedir más recursos económicos y humanos. Según sus cálculos, serían necesarios entre 300 y 500 pediatras más.

Comunicado conjunto de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Como es bien es conocido, la Atención Primaria de salud a la población infantil en España corre a cargo mayoritariamente de pediatras, igualmente el sistema sanitario español es valorado como uno de los mejores de nuestro entorno, en ese aspecto en particular.

La prestación sanitaria por pediatras en la Atención Primaria española es vista por los ciudadanos como una conquista social a la que ni ellos, ni los propios pediatras, están dispuestos a renunciar.

Las dos Sociedades de Pediatría de Atención Primaria, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), que representan a la mayor parte de los pediatras que trabajan en Atención Primaria, vienen celebrando reuniones a distinto nivel sobre la Atención Primaria, la última de las cuales se realizó el sábado 24 de Septiembre en Madrid, para analizar en conjunto los problemas que tienen la salud infantil en España, la Atención Primaria y la Pediatría en particular. Se trataba de buscar líneas comunes de trabajo que conlleven una mejora de la atención del niño y de las condiciones profesionales de los pediatras de atención primaria (PAP).

La SEPEAP y la AEPap, además de otras necesidades detectadas y como cuestiones más inmediatas consideran que:



Es necesario implementar más recursos para la Atención Primaria, dentro de los nuevos parámetros de la financiación sanitaria, como ya ha quedado demostrado, en diferentes trabajos.

La atención integral al niño en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud debe ser realizada por Pediatras, de forma irrenunciable.

Es urgente regular la rotación para la formación de los MIR de Pediatría por Atención Primaria, ya aprobada desde la Comisión Nacional de la Especialidad.

Es necesario establecer unos criterios mínimos de calidad para la consulta del niño y el adolescente en Atención Primaria.

Es necesario regular una Cartera de Servicios mínima para la población infantil de todo el estado, con especial énfasis en la prevención y la promoción de la salud.

Deben valorarse los aspectos formativos y de investigación en la Carrera Profesional, que en estos momentos se está desarrollando en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

La SEPEAP y la AEPap, han establecido un calendario periódico de reuniones y acordado trasladar este acuerdo de puntos mínimos a las autoridades sanitarias y profesionales, con el objetivo de que se tomen en consideración y que ello redunde en el beneficio de la salud del niño del siglo XXI.

En nombre de sus Sociedades:

Fernando Malmierca y Juan Ruiz-Canela

Presidentes de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

OPINIÓN

EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Durante catorce años el Programa de Salud Escolar se ha venido estructurando en cuatro áreas de intervención, como son la educación para la salud, los exámenes de salud donde se incluye la revisión del estado inmunitario de los escolares, la salud bucodental y la prevención de trastornos causados por déficit de yodo.

Todos sabemos las deficiencias que presenta actualmente el Programa de Salud Escolar y más concretamente los exámenes de salud, es por ello que estamos trabajando para integrar el examen de salud del escolar como una continuidad dentro del nuevo Programa del Niño Sano, e introducirlos en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Los grupos de trabajo ya están elaborando el nuevo Programa y la nueva cartera de servicios, pero las cosas llevan su tiempo y más cuando se quieren hacer bien, de tal manera que el curso escolar ha comenzado y nos vemos obligados a realizar un año más el examen de salud como en años anteriores.

Conocemos los problemas que tenéis en relación al lugar de realización del reconocimiento, por lo que de conformidad con el **artículo decimosexto del reglamento de salud escolar**: *“Se llevará a cabo preferentemente en cada centro escolar. Ante la imposibilidad de efectuar los exámenes de salud en el propio Centro (falta de material clínico, falta de dependencias...), la Autoridad Sanitaria Local determinará el Centro de Atención Primaria más adecuado en cada caso”*, por tanto se podrán realizar

en el Centro de Salud como en el Centro Escolar. Ahora bien, la vacunación es conveniente se realice en el centro escolar, con objeto de alcanzar la mayor cobertura posible.

Para que todo pueda resultar un poco más fácil, recordaros la conveniencia de coordinaros con el Centro educativo correspondiente y comunicaros que las Direcciones de Área os pueden informar y asesorar de todas las dudas o problemas que puedan surgir.

La Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del SES os quiere agradecer vuestro trabajo de cada día, y reconoceros la labor tan importante que realizáis en la mejora de la salud durante uno de los periodos de más trascendencia para el individuo y la comunidad.

Clarencio Cebrián Ordiales
Subdirección de Salud

Dirección General de Atención Sociosanitaria

Cartas

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria
de Extremadura

FORO Pediátrico

Colegio Oficial de Médicos
Avda. Colón, 21. BADAJOZ
Por e-mail: jjcuervov@spapex.org





Código de responsabilidad ética de la AEPap en relación con la Industria

Introducción y propósitos

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap, www.aepap.org) es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como misión la promoción de la Pediatría de Atención Primaria en España, el fomento de la docencia y la investigación, la coordinación con otras entidades con objetivos confluyentes, y el desarrollo profesional de los pediatras de Atención Primaria, con el objetivo de proporcionar una atención pediátrica de calidad a todos los niños y adolescentes en su contexto familiar y social.

Las “industrias relacionadas con la Salud” (IRS) son empresas dedicadas a la investigación, desarrollo, elaboración, distribución y venta de productos empleados en cualquiera de los campos de la Salud, ya sean productos para el diagnóstico o el tratamiento médico de las enfermedades, la prevención de las mismas, productos nutricionales empleados en la alimentación de niños sanos o en la terapéutica nutricional, empresas que producen y divulgan información médica, y otros similares. Estas empresas tienen entre sus objetivos el mantener un volumen de negocio suficiente para asegurar los beneficios empresariales y el mantenimiento del empleo.

Las IRS colaboran con los médicos a título particular, y también con asociaciones médicas, organizaciones privadas y administraciones públicas de muchas maneras. El apoyo económico de las IRS a gran número de actividades de formación y de investigación es actualmente imprescindible para que las mismas puedan realizarse. Esta financiación, sin embargo, conlleva el riesgo potencial de orientar las actuaciones de los médicos y de las organizaciones médicas en un sentido favorable a los intereses comerciales de la industria, lo cual podría no coincidir con el interés de los pacientes y de la sociedad. Los posibles conflictos de intereses han de ser conocidos públicamente, de manera que puedan ser sometidos a crítica independiente por otras personas.

La AEPap, interesada en la transparencia de sus actividades a todos los niveles, ha elaborado el presente código ético de relaciones con las IRS, de modo que esas relaciones sean explícitas, y ni condicionen ni pueda parecer que condicionan las actividades de la AEPap.

Reuniones, Cursos y Congresos

Las reuniones, cursos, congresos y otras actividades de similar índole que organice la AEPap podrán recibir financiación por parte de las IRS, siempre que se cumplan estos requisitos:

1. La organización de estas actividades y el contenido de las mismas serán una función exclusiva de la AEPap, sus sociedades federadas o sus grupos de trabajo, y no se admitirá financiación ligada a la capacidad de decidir o influir en estos aspectos.

2. Los ingresos económicos (o aportaciones en especie) se harán preferentemente a nombre de la AEPap o de la Fundación “Pediatría y Salud”, en forma aceptada por la normativa legal vigente.

3. Los organizadores de las reuniones, cursos y congresos de la AEPap tendrán especial cuidado en que la financiación por parte de las IRS no condicione el contenido de las presentaciones científicas. Por ejemplo, será preferible que la compensación económica a conferenciantes o profesores por su participación en una actividad se haga directamente por la AEPap, y no por la industria.

4. Los miembros del comité científico y del comité organizador de estas actividades tampoco podrán percibir compensación económica por parte de la industria en concepto de su pertenencia a dichos comités.

5. La AEPap se compromete a mantener una política de austeridad en la organización de estos eventos, en los que se evitarán los actos sociales superfluos o que resulten innecesariamente costosos.

6. Las IRS podrán ser autorizadas a distribuir información y publicidad de sus productos en estas reuniones siempre que:

a. Se trate de textos o materiales con propósitos declaradamente publicitarios, de los que la industria será la única responsable, y que no supondrán un respaldo o recomendación por parte de la AEPap.

b. Los textos y materiales distribuidos respeten las reglas de promoción de los medicamentos y de sustitutos de la lactancia materna contenidos en el Título sexto, Capítulo segundo de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento (BOE del 22 de diciembre)¹, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna² (adoptado por la 34ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud el 21 de mayo de 1981), y el Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos (Farmaindustria, 2004)³.

c. La distribución de material publicitario y promocional se lleve a cabo sin relación directa con alguna actividad profesional o científica concreta de la reunión, y en un espacio físicamente diferenciado, apartado del utilizado para las presentaciones científicas.



Difusión de información

La AEPap prestará atención para no actuar como portavoz de mensajes puramente comerciales o publicitarios.

La AEPap sólo difundirá a los profesionales, a los medios de comunicación, y a la población general informaciones relacionadas con sus propias actividades, y sólo cuando esa información se haya elaborado de manera independiente por la AEPap o grupos de trabajo dependientes de ella.

No obstante, la AEPap podrá apoyar la difusión de mensajes técnicos o científicos en cuya elaboración la industria haya jugado un papel determinante si lo justifica el interés real, importancia y oportunidad de la misma para la salud de la población infantil. En estos casos se mencionará la posibilidad de conflicto de intereses para conocimiento de los destinatarios.

Investigación

La AEPap sólo prestará su nombre e imagen para respaldar proyectos de investigación en cuyo desarrollo haya participado plenamente, incluyendo necesariamente la capacidad de decidir en aspectos fundamentales del diseño de la investigación, objetivos de la misma, acceso a los datos recogidos, análisis independiente y publicación o difusión pública de los resultados.

Publicaciones

Los órganos de expresión y publicaciones de la AEPap, tanto en formato papel como electrónico (web) o cualquier otro soporte, podrán admitir publicidad de las IRS o de cualquier otra empresa siempre que se respeten estas normas:

1. La publicidad deberá ser claramente identificable como tal, evitando que pueda confundirse con contenidos propios de la publicación.
2. La AEPap se mantendrá atenta a posibles violaciones por parte de los anunciantes de los códigos y normativas a que se hace referencia en el apartado 6.b. de la sección sobre Reuniones, Cursos y Congresos de este documento.
3. Cuando una sección de la publicación sea íntegramente patrocinada por las IRS, este hecho debe hacerse patente en esa sección, incluso en el caso de que la información incluida en la misma se haya elaborado de manera independiente.
4. Las publicaciones oficiales de la AEPap darán publicidad de las condiciones concretas de aplicación de las normas de este documento.

La AEPap y sus asociados

La AEPap no dicta normas éticas a sus socios respecto a sus relaciones personales con la industria. Sin embargo, la AEPap recomienda vivamente a sus socios que mantengan estas relaciones dentro de unos

límites razonables que no entren en conflicto con su independencia de juicio ni con su compromiso con la salud y el bienestar de sus pacientes.

De acuerdo con los Estatutos de la AEPap (Capítulo 6, 2c)⁴, la falta ética o deontológica profesional podrá ser motivo de expulsión de la asociación. La AEPap, sin embargo, no vigilará de manera individual la conducta de sus asociados, y será cuidadosa para aplicar esta posibilidad estatutaria sólo en casos de conducta inequívocamente condenable, según las leyes vigentes.

La AEPap, sus asociaciones federadas y grupos de trabajo

Aún respetando su independencia, la AEPap recomienda a las asociaciones federadas que la constituyen y a sus grupos de trabajo que se vinculen voluntariamente al cumplimiento de este código. Las asociaciones federadas y los grupos de trabajo que se adhieran a este código deben hacerlo saber de manera expresa en sus publicaciones y órganos de expresión propios.

Límites de este documento

Hay otras causas de posibles conflictos de intereses, como son las relaciones personales, competitividad académica, o posicionamiento ideológico o intelectual, que no son expresamente abordadas en este documento.

Tampoco se abordan en este documento las relaciones (y sus posibles conflictos de intereses) de la AEPap con las administraciones sanitarias públicas, así como otras instituciones científicas y profesionales, públicas o privadas.

Notas finales

La Junta Directiva de la AEPap es garante del cumplimiento de todas estas normas. Todos los socios son observadores del seguimiento de las mismas por parte de la AEPap, y podrán dirigirse a la Junta Directiva cuando perciban que el código puede vulnerarse en alguno de sus puntos.

Todos los miembros de la Junta Directiva de la AEPap declararán, desde el mismo momento en que accedan a un puesto en la misma, qué intereses financieros, accionariales, personales, o de otra índole, les vinculan con la industria, y harán nuevas declaraciones siempre que se modifiquen de manera relevante estas circunstancias.

La Junta Directiva de la AEPap constituirá una "Comisión para el Desarrollo de Buenas Prácticas en la relación con la Industria Relacionada con la Salud" con la función de adaptar estas normas a las cambiantes condiciones del marco y el entorno en el que se inscribe este documento, así como proponer soluciones a los conflictos de los que tenga conocimiento, dentro del ámbito de aplicación de este documento.



La AEPap se mantendrá atenta a posibles nuevas formas de relación entre las asociaciones médicas y la industria, e intentará regular las mismas para mantener el compromiso ético y de transparencia de este código.

Documentos de interés

Además de los documentos citados en el texto y listados al final, otras normas legales, códigos y documentos de interés relacionados con las cuestiones aquí tratadas pueden obtenerse en:

Real Decreto 1416/1994, de 25 de Junio, por el que se regula la publicidad de los Medicamentos de Uso Humano. (BOE núm. 180, de 29 julio [RCL 1994, 2219]). Disponible en <http://www.agemed.es/Index.htm>

Código de conducta de la Fundación Health on the Net (HON) para sitios web de Salud y Medicina. Disponible en <http://www.hon.ch/HONcode/Spanish/>

Criterios de calidad de la Unión Europea aplicables a sitios web dedicados a la Salud. Disponible en http://www.hon.ch/HONcode/HON_CEE.en.htm

Código ético del proyecto Webs Médicas de Calidad (WMC). Disponible en <http://www.pwmc.org/codigopwmc.htm>

Farmaindustria. Recomendaciones de la unidad de supervisión deontológica en los eventos organizados por sociedades científicas en los que participa la industria farmacéutica. Disponible en www.farmaindustria.es

Coyle SL, Ethics and Human Rights Committee ACoP-ASoIM. Position paper. Physicianindustry relations. Part 1: Individual physicians. Ann Intern Med 2002; 136:396-402

Coyle SL, Ethics and Human Rights Committee ACoP-ASoIM. Position paper. Physicianindustry relations. Part 2: Organizational issues. Ann Intern Med 2002; 136:403-406

Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. BMJ 2003; 326:1189-1192

Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. BMJ 2003; 326:1193-1196

Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? JAMA 2000; 283:373-380

Citas del texto

1 Disponible en http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_farmacacia.htm

2 Disponible en <http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html>

3 Disponible en http://www.farmaindustria.es/Index_secundaria_publicaciones.htm

4 Disponible en <http://www.aepap.org/estatutos.htm>

Este documento ha sido aprobado por unanimidad por parte de la Junta directiva de la AEPap reunida en Murcia el 3 de junio de 2005.

BREVES

Premio a la Iniciativa en Pediatría de Atención Primaria

Para el próximo año vamos a crear un premio que reconozca los trabajos o actividades realizadas en la mejora de la atención pediátrica desde nuestro ámbito de trabajo. Las bases os las daremos a conocer en un próximo número de nuestra Revista coincidiendo con la celebración de la IV edición de la Jornada de Actualización, que va a celebrarse en Plasencia el próximo mes de Marzo de 2.006.

El fallo del premio tendrá lugar durante la celebración de nuestro Foro, que como sabéis tiene lugar cada dos años.

10-11 de Marzo de 2006. IV Jornada de Actualización de la SPAPEX

En esta ocasión se celebrará en **Plasencia**.

En el programa se abordarán distintos aspectos de actividades que se realizan en el programa de Atención a la salud infantil y del adolescente; entre ellos se tratarán:

- Las dificultades del aprendizaje y prevención del fracaso escolar.
- La detección de los trastornos del espectro autista.
- Detección y prevención de los malos tratos en la infancia.
- Papel del pediatra en la prevención de problemas relacionados con la sexualidad.
- Y características del programa en grupos específicos, en concreto el niño con síndrome de Down y el niño nacido prematuro con peso menor de 1.500 gramos.

1ª Quincena de mayo de 2006. I Reunión de Atención Primaria de Extremadura

A celebrar en Mérida

Participarán la SPAPEX, la Sociedad de Medicina de Familia y la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Serán un viernes completo y un sábado mañana. Habrá varios talleres, dos mesas redondas y comunicaciones orales y posters.

En breve os comunicaremos las fechas definitivas y programa preliminar.



NIÑOS, ADOLESCENTES Y DEPRESIÓN MAYOR. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

Rosa M^a Sánchez Muñoz¹, Jaime J. Cuervo², Teresa Martínez Rey³

1.Médico de familia. 2.Pediatra Atención Primaria. 3.Psiquiatra.

Centro de Salud Urbano I Mérida

Introducción

Las actitudes sobre la presencia de los trastornos del humor en la edad infanto-juvenil han ido evolucionando en el pensamiento psiquiátrico desde la negación de su existencia antes de la adolescencia tardía, hasta su reconocimiento como entidad propia, incluso en edades tempranas.

Aunque la depresión mayor es relativamente frecuente y se asocia a una morbilidad significativa y a una mortalidad potencial, se infradiagnostica con frecuencia en niños y adolescentes. Aproximadamente dos tercios de los adolescentes con depresión clínica no están reconocidos ni tratados^{7, 11}.

En una revisión sobre características clínicas, epidemiología, etiología y tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes, enfatizamos la idea de que el primer paso para el manejo en Pediatría es su reconocimiento.

Características clínicas

Hablamos de un episodio depresivo mayor cuando por un período de al menos dos semanas aparece un estado de ánimo deprimido, o pérdida de interés o placer (anhedonia), suponiendo un cambio apreciable del funcionamiento previo del individuo.

Se acepta que la depresión mayor es un trastorno que se desarrolla en la infancia y la adolescencia con perfiles sintomáticos similares a la edad adulta¹⁻², aunque puedan existir con mayor frecuencia variaciones en la expresión de los síntomas, tipo alteraciones de la conducta, molestias somáticas o hiperactividad, según el momento del desarrollo emocional y cognitivo.

En la actualidad, los criterios DSM-IV-TR utilizados en el niño y el adolescente para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor son similares a los del adulto, salvo dos anotaciones. En primer lugar, el estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que valorar pérdida de peso o aumento de peso (propio del adulto), se valorará el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

El estado de ánimo deprimido debe estar acompañado de un malestar o deterioro significativos, y

no ser el resultado de cualquier condición pediátrica o de los efectos de una medicación o droga³.

Tabla I. Los criterios diagnósticos de depresión mayor deben ser al menos 5 de los siguientes 9 criterios durante un mínimo de 2 semanas y siempre han de estar presentes el punto 1 o el 2³⁻⁵ (extraído del DSM-IV).

- Estado de ánimo deprimido o irritable.
- Pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades habituales.
- Pérdida o aumento significativo de peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento excesivo de inutilidad y culpa.
- Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse ("me bloqueo, me quedo en blanco").
- Ideas repetidas de muerte, idea suicida o acto suicida.

Epidemiología

La edad de aparición de la depresión está disminuyendo, de tal forma que muchos individuos experimentarán sus primeros episodios de depresión durante la adolescencia^{6, 20}. La prevalencia general varía desde 0,4% a 8,3%⁹⁻¹¹ y es mayor en adolescentes que en niños⁹.

Se estima que la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 0.5% para la edad preescolar, sube al 2% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5%.

En la preadolescencia la depresión mayor afecta a niños y niñas en la misma proporción, con un incremento progresivo con la edad. Al llegar la pubertad el riesgo se incrementa en las niñas, de tal manera que en la adolescencia tardía, las chicas tienen de 2 a 3 veces más posibilidades de estar afectadas que los chicos.



Etiología

No existen causas únicas claramente definidas en los diferentes casos de depresión pediátrica. La depresión en estas edades suele ser, de hecho, la expresión fenotípica de un camino final común de numerosos procesos patogénicos.

Hay múltiples factores que están asociados con la aparición, duración y recurrencia de trastornos del humor en la adolescencia. Señalamos factores biológicos, socioculturales y psicológicos que interactúan para aumentar el riesgo de desarrollar depresión⁷.

Factores biológicos: los niños que tienen un padre o ambos padres deprimidos tienen dos y cuatro veces más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, respectivamente^{2,7}. No existen sin embargo anomalías o polimorfismos genéticos establecidos que proporcionen un riesgo mayor para el desarrollo de depresión mayor en niños, adolescentes o adultos.

Aunque se han elaborado diversas hipótesis no existen alteraciones neuroendocrinas específicas asociadas a la depresión infanto-juvenil, si bien algunos estudios sugieren disregulaciones del metabolismo de la GH, que podrían en el futuro convertirse en marcadores de rasgo del trastorno depresivo.

Factores socioculturales: factores familiares que se asocian con depresión incluyen depresión parental, conflicto o divorcio y muerte precoz de un padre^{2,7,10}.

Factores psicológicos: Los adolescentes con depresión exhiben frecuentemente baja autoestima, alta autocrítica, distorsiones cognitivas significativas, sentimientos de ausencia de control sobre los acontecimientos negativos, desesperanza y déficit en las habilidades sociales, comparados con los niños no deprimidos^{7,12}.

El modelo de "distorsión-cognitiva" de la depresión mantiene que los adolescentes con distorsiones cognitivas, como una imagen negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, es decir, y con estilos negativos para interpretar y afrontar el estrés, tienen alto riesgo de desarrollar síntomas depresivos cuando se exponen a acontecimientos estresantes^{7,10,12}. El modelo de "desesperanza aprendida", se caracteriza por el desarrollo de actitudes pasivas ante situaciones a las que no se ve salida, lo que conduce a un estado penetrante de desesperanza aprendida que predispone a la depresión^{7,12}.

Diagnóstico

Para la formulación diagnóstica nos basaremos principalmente en la elaboración de un historial clínico detallado, tratando de identificar los factores de riesgo. El uso de escalas de evaluación estandarizadas puede ayudarnos.

Clínico. El humor triste o deprimido del niño o adolescente es más asunto del clínico cuando se acompaña de signos persistentes de funcionamiento alterado como: trastornos del sueño, apetito, nivel de energía, o capacidad para concentrarse, disminución de la autoestima, incapacidad para experimentar alegría de las actividades normalmente agradables, tendencia al llanto, irritabilidad, agitación o apatía⁷.

Aunque la presentación sintomática de la depresión mayor en niños y adolescentes se parece a la observada en el adulto, el proceso diagnóstico puede variar. Así aparte de la exploración directa, prestaremos especial atención en la información aportada por los cuidadores, principalmente padres y profesores.

Una persona joven puede presentar menor conciencia de su propio malestar y puede hacer que la depresión se diagnostique con dificultad. Aunque los niños y adolescentes pueden reconocer o darse cuenta que tiene mal humor y se irritan con facilidad, estos niños y adolescente no se consideran a sí mismos como depresivos.

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

La frecuencia de los síntomas puede variar en función de la edad, así la expresión de tristeza, las quejas somáticas, la hiperactividad, la ansiedad de separación y las fobias, son más frecuentes en los niños; en los adolescentes la hipersomnia, las alteraciones en el peso y el consumo de tóxicos son más frecuentes(...). los síntomas psicóticos son poco frecuentes en la depresión mayor del niño y del adolescente.

Factores de riesgo. Identificar los problemas psicosociales usando cuestionarios de screening y entrevistas⁷.

Escalas de evaluación: Las escalas de evaluación de la depresión tienen el objetivo de establecer una cuantificación psicométrica estandarizada y bien controlada de determinadas conductas manifiestas o intrapsíquicas. Su mayor aplicación en la clínica está en la comprobación de las modificaciones del cuadro clínico a través de la observación del curso evolutivo de un determinado enfermo. Como siempre, el resultado de la valoración de las distintas escalas nunca debe sustituir al juicio del clínico, sino ser consideradas como elementos de ayuda para el diagnóstico y constatar la evolución del paciente. Las más utilizadas en la depresión del niño y del adolescente son las siguientes.

1. El inventario de Depresión de Niños (CDI) es un cuestionario de 27 ítem para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, que se realiza en 10 minutos. El CDI tiene validez aceptable¹¹.



2. Inventario de depresión de Beck (BDI): Es la medida de autoinforme de la depresión más extendida y utilizada. Consta de 21 ítems con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples:

Valoración:

0-13.....No deprimidos.

14-19.....Ligeramente deprimidos.

20-28.....Moderadamente deprimidos.

29-63.....Gravemente deprimidos.

El BDI ha sido ampliamente estudiada y se considera un instrumento válido^{7, 10}.

3. Escala de valoración de Hamilton para la depresión: La valoración de esta escala se hace a través de un observador externo convenientemente entrenado y familiarizado en su utilización. Se considera que puntuaciones superiores a 18 son indicativas de patología depresiva.

4. MMPI-D: Carece de validez de constructo, por lo que la mayoría de las pruebas fiables sobre la validez, proviene de la utilización de la escala en combinación con otras escalas del MMPI.

5. Escala autoaplicada para la depresión: Ha sido uno de los instrumentos de autoinforme más utilizados en los campos médicos y psiquiátricos. Es sencilla de manejar y puntuar. Los sujetos deben responder a 20 ítems. La escala está equilibrada: la mitad de los ítems son sintomáticamente negativos y la otra mitad positivos.

6. Otras escalas y cuestionarios: Escala de Depresión de Radolf (CES-D), Inventario de Depresión multipuntuable (MDI), Lista de Apreciación de Adjetivos Depresivos y la Escala de Valoración Carroll para la Depresión.

Diagnóstico diferencial

Es siempre importante descartar:

- Trastornos orgánicos, como una enfermedad viral (mononucleosis), hipotiroidismo, deficiencias nutricionales y enfermedad sistémica crónica (anemia, LES)⁷.
- Abuso de sustancias, que no sólo imitan la depresión, sino que pueden enmascarar adicionalmente los síntomas de la depresión cuando un adolescente intenta auto-medicarse los síntomas de la depresión^{3, 7}.
- Otros trastornos psiquiátricos:
 - La ansiedad por separación y la depresión mayor tienen en común los antecedentes familiares de depresión y alcoholismo, las crisis de pánico asociadas y las quejas somáticas, lo cual hace más difícil el diagnóstico diferencial¹⁴.

- La esquizofrenia de inicio precoz suele debutar con mayor sintomatología negativa que en el adulto, lo que puede confundirse con un trastorno depresivo inicialmente. Los antecedentes familiares pueden ayudar a orientar el diagnóstico.
- La baja autoestima secundaria a discapacidades aprendidas imitan los síntomas de la depresión clínica⁷.
- El trastorno somatoforme: los dolores abdominales y las cefaleas forman parte del trastorno de dolor somatoforme. Ocurre en asociación con algún conflicto emocional o con problemas psicosociales que son suficientes para llegar a la conclusión de que tienen una influencia etiológica. La condición es, sin embargo, excluir que el dolor sea parte de un trastorno depresivo¹⁵.

Comorbilidad

A parte de la comorbilidad psiquiátrica, la depresión mayor se puede complicar con alteraciones en diferentes aspectos del funcionamiento. Cuando aparece un episodio depresivo mayor en un jóvenes suele asociar a una importante afectación funcional, conflictiva intrafamiliar, problemas con otras relaciones personales, y disminución en el rendimiento académico.

De gran importancia es la relación con el suicidio. La presencia de un episodio depresivo mayor es un importante factor de riesgo de suicidio.

Tratamiento.

Casi todos los ensayos de tratamiento publicados en los adolescentes referidos clínicamente con depresión mayor se ha centrado en los tratamientos psicofarmacológicos¹⁶.

1. Educación: El adolescente y sus padres deben ser educados de que la depresión es una condición biológica y que no está bajo el control del adolescente, así como de la importancia de la nutrición, el sueño y el ejercicio⁷.

2. Apoyo y tranquilidad. La anergia, el desinterés, en combinación con los sentimientos de desesperanza, conducen a evitar responsabilidades sociales y académicas, lo cual conduce al empeoramiento de la depresión, así como al desarrollo de trastornos comórbidos como la fobia al colegio. Los adolescentes con depresión deben ser estimulados para participar en sus actividades normales de la vida diaria. Se les debe enseñar habilidades efectivas de resolución de problemas⁷.



3. Intervenciones en el colegio. Las modificaciones de las actividades relacionadas en el colegio se deberían dirigir para ayudar al adolescente a experimentar éxito e incluir reducción temporal de la carga de trabajo y disminución del número de horas en el colegio⁷.

4. Psicoterapia. Las intervenciones psicológicas son una parte integral del tratamiento de la depresión en los adolescentes^{7, 17}.

a. Terapia del comportamiento cognitiva. Se usa la terapia del comportamiento cognitiva a causa del papel de la distorsión cognitiva en el establecimiento de la depresión¹⁰ y su objetivo es reemplazar las distorsiones cognitivas con creencias más saludables. Es de uso limitado en adolescentes, ya que ellos aún no han desarrollado las habilidades cognitivas necesarias para participar en esta forma de tratamiento⁷.

b. Psicoterapia individual. Ayuda al paciente a desarrollar habilidades de resolución de problemas interpersonales⁷.

c. Terapia de grupo. La terapia de grupo promueve el desarrollo de habilidades sociales y es útil para reducir el aislamiento social del adolescente deprimido⁷.

d. Intervenciones familiares. Las intervenciones familiares son parte integral del tratamiento de la depresión en adolescente^{7, 10}. La terapia familiar del comportamiento sistémico es una combinación de aproximación de 2 tratamientos que han sido usados efectivamente en las familias disfuncionales de los adolescentes¹⁰. El médico debería determinar el nivel premórbido del funcionamiento familiar, el impacto que la depresión del adolescente ha tenido en la familia y cómo han respondido los miembros de la familia a este factor estresante^{7, 10}.

Tratamiento psicofarmacológico.

Existen relativamente, por el momento, pocos estudios sobre el uso de fármacos en niños y adolescentes deprimidos, a pesar de los datos de prevalencia y morbilidad de este trastorno en la edad infanto-juvenil.

Hasta el momento no hay tratamientos farmacológicos que hayan demostrado de forma definitiva ser seguros y más eficaces que el placebo en el tratamiento de la depresión pediátrica. Por esta razón ningún antidepresivo ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión mayor en estas edades.

Pero cuando asumimos el tratamiento farmacológico de un episodio depresivo mayor en un niño o adolescente y prescribimos antidepresivos, debemos valorar el cociente riesgo/ beneficio dada la potencial gravedad de la naturaleza de la enfermedad.

La aparición de nuevos antidepresivos, principalmente, los inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS), con un perfil de tolerabilidad y de seguridad mayor frente a los antidepresivos clásicos, como los antidepresivos tricíclicos (ADT) y los inhibidores de la MAO (IMAO), ha permitido la ampliación del uso clínico y la investigación del tratamiento psicofarmacológico en la depresión pediátrica.

La proliferación de estos nuevos antidepresivos con un margen más amplio de seguridad ha conducido al incremento del uso de estos agentes entre los niños y los adolescentes, no sólo para los trastornos afectivos sino también para trastorno de ansiedad y trastornos del comportamiento¹⁹, entre otros.

Es importante discutir los efectos colaterales sexuales con los adolescentes. La mayoría de los antidepresivos causan disfunción sexual como la disfunción eréctil, anorgasmia y disminución de la libido en adolescentes varones y mujeres. El establecimiento repentino de tales efectos colaterales sexuales puede alterar la alianza entre el paciente y el médico. Por lo tanto, es importante notificar a los adolescentes la positividad de tales efectos colaterales².

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC). Varios ensayos preliminares con ATC en niños y adolescentes deprimidos proporcionan datos tentadores que sugieren que estas medicaciones podrían proporcionar beneficio en estos pacientes, por lo que se realizaron estudios controlados con placebo para examinar la eficacia antidepresiva de la imipramina, desipramina, nortriptilina y amitriptilina. Sin embargo, los estudios controlados con placebo en niños y adolescentes deprimidos han sido incapaces de demostrar la superioridad de los ATC frente al placebo, como el realizado por Hazell et al^{3, 8, 17, 20-21}.

Los ATC intervienen inmediatamente en la recaptación de la norepinefrina, dopamina y serotonina; sin embargo, los efectos terapéuticos en la depresión duran varias semanas²¹.

La dosis inadecuada es un factor viable con agentes de segunda generación, porque no parece correlacionarse entre la respuesta y los niveles plasmáticos de la medicación¹⁹.

Los efectos adversos comunes son los efectos anticolinérgicos, como sequedad bucal, visión borrosa, retención urinaria y estreñimiento²¹. Los efectos adversos más importantes son las crisis convulsivas (debido a la disminución del umbral de convulsión) y la manía. Sin embargo, estos dos efectos se ven también con cualquier antidepresivo^{3, 22}. La cardiotoxicidad de los antidepresivos tricíclicos, que les hace particularmente letales en la sobredosis, es problemática. La toxicidad es más impresionante cuando se compara con los amplios márgenes de seguridad de sobredosis de los ISRS^{8, 19-22}.



Dado los efectos adversos posibles causados por estas medicaciones y la variabilidad individual en los niveles plasmáticos, el uso efectivo, responsable de estas medicaciones incluye la monitorización cuidadosa por el médico que las prescribe²¹.

2. IMAO. Los IMAO inhiben la enzima monoamina oxidasa. El bloqueo de la enzima MAO impide que la tiramina sea inactivada en el tracto intestinal y potencia 30 a 40 veces la sensibilidad de las neuronas noradrenérgicas periféricas a la tiramina a causa de la disponibilidad aumentada de los neurotransmisores noradrenérgicos en las terminales nerviosas. Es esta combinación de acciones la que conduce a la producción de hipertensión por la ingestión de productos que contienen tiramina^{23, 24}. Como más del 75% de las enzimas MAO que existen en el tracto digestivo son tipo A, sólo aquellos agentes IMAO que bloquean la enzima tipo A pueden precipitar una crisis hipertensiva. Por esta razón, se están desarrollando nuevos agentes IMAO que no llevan el riesgo de crisis hipertensiva como IMAO-A reversible e IMAO-B selectivo²³⁻²⁴.

Los IMAOs atraviesan la pared gastrointestinal, se metabolizan en el hígado y se excretan a través del tracto intestinal y en menor grado a través del riñón. La vida media de los IMAO es corta, de 1,5 a 4 horas. El metabolismo hepático de estos fármacos dicta las precauciones al prescribir e iniciar el tratamiento con los IMAOs. Además, las características enzimáticas hepáticas varían de forma importante de un individuo a otro, lo cual justifica el papel de iniciar el tratamiento con dosis muy pequeñas⁴.

Tabla II. Grupos de Inhibidores de la Monoamino Oxidasa (IMAO) ²⁴:

IMAO: Irreversible:

1. Fenelzina
2. Tranilcipromina

IMAO-A: Reversible (selectivo para la monoamino oxidasa A)

3. Moclobemida
4. Brofaromina
5. Toloxatona
6. Defloxafona.

IMAO-A: Irreversible

7. Clorgilina
8. Selegilina
9. Pargilina.

Existen nuevos agentes de IMAO que están desprovistos del riesgo de crisis hipertensivas e incluyen los IMAOs tipo B o los IMAOs reversibles. El desarrollo de compuestos más seguros permite la consideración

de los IMAOs para el tratamiento en niños. Sólo se han llevado 5 estudios de los IMAOs en niños. La eficacia de los IMAOs está asociada con la inhibición de la enzima tipo A más que con la tipo B porque los ensayos de bajas dosis de IMAOs-B selectivos, la pargilina han demostrado poca eficacia terapéutica. Se espera que los IMAO-A reversibles selectivos como la brofaromina y la moclobemida, que son mejor tolerados y más seguros que la vieja generación de IMAOs tengan un papel prominente en el tratamiento farmacológico de la depresión mayor²³.

Los IMAO puede ser seguros en el tratamiento de la depresión en adolescentes, pero este tratamiento sólo podría ser considerado con la monitorización cuidadosa de adolescentes serios³.

Los efectos adversos de los nuevos antidepresivos no tricíclicos se dividen en 3 categorías: agitación aumentada y/o hipomanía, trastornos del sueño y síntomas gastrointestinales (náuseas y vómitos)²³.

3. Antidepresivos no tricíclicos

3.1. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS). Asberg et al encontraron que el comportamiento suicida es más común en pacientes con niveles bajos de serotonina en líquido cefalorraquídeo que en los normales²⁵. La llegada de los nuevos antidepresivos no tricíclicos (no-TCAs), particularmente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), ha constituido un avance principal en psiquiatría, ya que constituyen la primera línea de elección en el tratamiento de la depresión en poblaciones de pacientes especiales^{8, 23}. Los ISRS inhiben la recaptación neuronal de la serotonina, pero a pesar de su nombre, la mayoría poseen un grado variable de afinidad para inhibir la recaptación de otras aminas biogénicas centrales (norepinefrina, dopamina)²⁶. Tienen menos efectos colaterales, más baja toxicidad en la sobredosis y un rango potencialmente más amplio de las indicaciones clínicas. Los no-TCA se usan para tratar una variedad de condiciones, como los trastornos afectivos, el TOC y otros trastornos de ansiedad y el trastorno por déficit de atención²³.

Tras el éxito de la fluoxetina, otros cuatro ISRS (la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina) y más recientemente el citalopram se encuentran en el mercado^{8, 17, 23-25}. La mayoría de la información disponible sobre la eficacia de los ISRSs con depresión en niños y adolescentes es con la fluoxetina, aunque se han completado otros estudios positivos con la sertralina y la paroxetina^{1, 8, 17, 23, 25}. Los ISRS son tan eficaces en niños y adolescentes con depresión mayor como en las formas adultas de este trastorno, y además son más eficaces que los ATC estándares¹⁷.

La sertralina y la paroxetina son los ISRS más potentes, mientras que la fluoxetina es el menos



potente²³. La sertralina inhibe la recaptación de la dopamina de forma más importante que la fluoxetina y clomipramina^{1, 23}. La paroxetina, la fluvoxamina y la sertralina tienen metabolitos inactivos, mientras que el metabolito principal de la fluoxetina, la norfluoxetina, es 4 veces más potente que la fluoxetina inhibiendo la recaptación de la 5-HT²³.

Los ISRS se metabolizan en el hígado por el sistema enzimático citocromo P450. El ISRS inhibe las isoenzimas CYP450, lo cual conduce a la interacción farmacológica, con los fármacos metabolizados por la misma isoenzima²³.

Los agentes serotoninérgicos son beneficiosos en los estados depresivos y el tratamiento debería mantenerse durante al menos ocho a diez semanas¹⁹.

Emslie et al y Jain et al han documentado un porcentaje mayor de mejoría con el tratamiento de la fluoxetina comparada con placebo en niños y adolescentes con depresión mayor enrolados en un ensayo controlado con placebo y doble ciego^{1, 18}. Simeon et al demostraron que la fluoxetina es superior al placebo en todas las medidas clínicas, excepto en el trastorno del sueño²⁰.

Los efectos adversos más frecuentes son gastrointestinales y neuropsiquiátricos, que conducen al abandono de la fluoxetina. Los efectos gastrointestinales

del ISRS rápida se asocia con síntomas de hipomanía, trastornos del humor, agresión y suicidio. Una explicación para los síntomas de retirada de los ISRS es un estado hiposerotoninérgico²⁷.

La sertralina es útil en la reducción de la sintomatología depresiva. Los efectos adversos comunes descritos con el tratamiento con sertralina son similares a los encontrados con la fluoxetina. Consisten en fatiga, cefalea, insomnio y síntomas gastrointestinales (epigastralgia, náuseas, vómitos y pérdida de apetito). La sertralina es útil en el tratamiento de niños y adolescentes deprimidos. Como la fluoxetina, la causa más común de abandono de la sertralina es el desarrollo de manía y síntomas manía-like^{1, 3}.

La paroxetina a dosis más bajas que aquellas descritas en adultos es más efectiva en el tratamiento de niños y adolescentes con depresión mayor. Los efectos adversos son los síntomas gastrointestinales (vómitos, epigastralgia) y ansiedad^{3, 16}.

3.2. No-ISRS

La venlafaxina inhibe la recaptación tanto de la serotonina como de la norepinefrina^{3, 23, 27}. Tiene una vida media relativamente corta en adultos (3-7 horas) y se da en dosis divididas. La venlafaxina es un inhibidor mucho menos potente del citocromo P450 que los ISRS. Es efectiva en el tratamiento de la depresión resistente en adultos; pero en niños y adolescentes existe una información limitada^{3, 23}. Los efectos adversos son moderados y consisten en náuseas y aumento de apetito³.

La nefazodona, con una estructura química no relacionada con los ISRS o ATC, bloquea el receptor

de la serotonina (postsináptica) e inhibe la recaptación de la serotonina (presináptica) y norepinefrina^{3, 23-24}. Es útil en los pacientes ansiosos. Su perfil de efecto colateral ofrece ventajas frente a los ISRS con menos disfunción sexual y mejoría actual en la arquitectura del sueño^{3, 23}. Como en adultos, los efectos adversos más frecuentemente descritos fueron la cefalea, los síntomas gastrointestinales, la astenia, la somnolencia y el vértigo³.

El bupropion es principalmente noradrenérgico y anticolinérgico²³⁻²⁴; los efectos antihistamínicos e hipotensivos ortostáticos son insignificantes. Las convulsiones han limitado el uso del bupropion²³; sin embargo, el bupropion no tiene un efecto negativo en el desarrollo de la memoria, en contraste a otros antidepresivos²⁴.

Conclusión: En la tabla IV se recomienda comenzar la administración del fármaco a la mitad de la dosis

Tabla III. Uso de la Fluoxetina en Niños y Adolescentes.

	Nº de pacientes	Diseño del estudio	Dosis diaria	Duración
Emslie et al	96	Prospectivo Control placebo	20 mg	8 semanas
Simeon et al	40	Prospectivo Control placebo	20-60 mg	7 semanas
Strober et al	52	Abierto Control histórico	20-40 mg	6 semanas

incuyen dispepsia, náuseas, vómitos o diarrea²⁷. Aunque la manía, la hipomanía o la irritabilidad disminuyen con la reducción de la dosis o la interrupción de la medicación, a veces necesitan tratamiento con estabilizadores del humor (como el litio o ácido valproico) y/o interrupción de la medicación. El rash fue la segunda causa más común de abandono de la fluoxetina. Otros efectos adversos de la fluoxetina son la pérdida de apetito, temblor, sequedad de boca, sudor, insomnio, sedación, cefalea y síntomas de manía. Si se hacen persistentes o más severos, estos efectos adversos remiten con la disminución de la dosis^{3, 8, 20, 25, 27-28}. Los ISRS son capaces de disminuir mínimamente el umbral convulsivo y son más probables de causar convulsiones en situaciones de sobredosis²⁷.

Los síntomas de retirada de los ISRS son las náuseas, cefalea y alteración del sensorio. La retirada



recomendada en adultos, porque tanto los niños como los adolescentes responden a dosis más pequeñas que los adultos y dosis mayores se asocian con un alto riesgo de efectos adversos inducidos por el tratamiento³ y en la tabla V se exponen las dosis a administrar de los ISRS²⁸.

Tabla IV. Guías para la prescripción de los antidepresivos más modernos en niños y adolescentes deprimidos³.

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

Tabla V. Dosis pediátricas de los ISRS²⁸.

ISRS	Dosis pediátrica (diaria)
Fluoxetina	5-40 mg (60 mg)
Sertralina	25-125 mg (150 mg)
Paroxetina	5-40 mg (60 mg)
Fluvoxamina	25-125 mg (150 mg)

El rango de dosis es para los preadolescentes. Dosis = límites superiores para los adolescentes.

4. *Litio.* El litio o el IMAO puede tener algún beneficio en sujetos que no responden a los antidepresivos tricíclicos. Los nuevos antidepresivos (nefazodona) son bien tolerados y potencialmente útiles para los trastornos del humor juvenil¹⁹.

Los antidepresivos o la psicoterapia aislados son útiles en niños y adolescentes deprimidos. Sin embargo,

como en adultos con depresiones recurrentes o más severas, un tratamiento que incluye la psicoterapia más la medicación es superior en pacientes pediátricos³.

d. Otros tratamientos. La terapia electroconvulsiva se ha empleado en este grupo de edad y es un procedimiento relativamente bien tolerado. Una revisión reciente ha descrito que el 63% de los niños deprimidos y adolescentes tratados con terapia electroconvulsiva tienen mejoría marcada o remisión de los síntomas³.

PROFILAXIS

Los esfuerzos preventivos implican la identificación de niños de alto riesgo con objetivos subsecuentes de realizar intervenciones dirigidas a prevenir la emergencia de los trastornos depresivos. Como los médicos de atención primaria, los pediatras juegan un papel primordial en el reconocimiento y tratamiento de los trastornos depresivos en los adolescentes. En el futuro, como la profilaxis puede llegar a ser una opción terapéutica, los pediatras deberían estar al frente en la prevención de esta enfermedad potencialmente devastadora⁷.

PRONÓSTICO

El curso de la depresión es diferente en la niñez y en la adolescencia, con niños y adolescentes que tienen tiempo de remisión más corta de los episodios iniciales que los adultos². La existencia de dos o más trastornos al mismo tiempo es la regla más que la excepción en la depresión de la niñez. Los diagnósticos comórbidos comunes incluyen los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias, el déficit de atención y los trastornos del comportamiento⁷. Según Harrington et al y Rao et al todos los datos relacionados con la depresión del adolescente sugiere continuidad con la depresión en el joven adulto¹⁷.

1. DSM-IV utiliza el término de trastorno distímico para indicar un trastorno del humor más crónico cuando dos o más de los síntomas típicos de la depresión están presentes durante al menos un año. La duración de un episodio de trastorno distímico no tratado es aproximadamente de 4 años⁷. Este trastorno se asocia con alteración sintomática crónica, disfunción social y un alto riesgo de desarrollar otros trastornos del humor con el tiempo (depresión mayor y trastornos bipolares). Se ha demostrado que la medicación antidepresiva, que incluye los ATC, IMAOs e ISRSs son seguros y efectivos en los estudios de eficacia a corto plazo y son prometedores en el tratamiento a largo plazo^{16, 29}.

2. El trastorno bipolar se desarrolla en el 20% de los adolescentes y en el 30% de los niños con historia de trastorno depresivo mayor^{2, 7, 19}. La falta de respuesta a los antidepresivos entre los preadolescentes con



trastorno depresivo mayor podría ser secundario a su alto potencial bipolar ¹⁹. El tratamiento precoz con ISRS puede inducir el trastorno bipolar en los individuos que no lo han desarrollado aún ²³; por ello, es importante considerar primero las terapias psicoterapéuticas, que son efectivas en el tratamiento de niños y adolescentes con depresión. Es importante que los ISRS se usen después de probar que el tratamiento sea inefectivo ².

3. En un intento de aliviar el humor disfórico y otros síntomas depresivos, el adolescente se compromete en actividades de alto riesgo como el abuso de sustancias y la promiscuidad sexual. Estos resultados de la depresión contribuyen a la perpetuación del trastorno creando un círculo vicioso de deterioro ^{2,7}.

4. El trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastornos de ansiedad (irritabilidad, trastornos del sueño) ³.

Existe un acuerdo general de que el establecimiento de la depresión en la niñez predice trastornos afectivos futuros ¹⁹. La longitud media del episodio depresivo mayor no tratado es de 7-9 meses. Es un trastorno recurrente, con un 40% estimado de casos que experimentan una recurrencia a los dos años, y un 70% a los 5 años. Los trastornos depresivos en adolescentes se asocian con altos porcentajes de recurrencia y cronicidad ^{7,11}. La evidencia sugiere que una edad más joven en el diagnóstico se asocia con una duración más larga del trastorno ⁷. Según Aslie et al la recurrencia de la depresión ocurre tanto con como sin medicación como en adultos donde se ha descrito un 20% de recurrencia con fluoxetina. Los predictores identificados de recurrencia incluyen la depresión psicótica, tres o más episodios previos (lo cual no es frecuente en una muestra de pacientes jóvenes) y una depresión doble. Habría que considerar también la historia familiar de depresión recurrente ⁹.

La presencia de un episodio depresivo mayor es un factor de riesgo significativo para el suicidio, y el suicidio es una causa principal de muerte en los años pediátricos ^{3,11}. El suicidio constituye una de las principales causas de muerte en adolescentes, concretamente en niños entre 8 y 18 años ⁸, ya que explica el 12% de la mortalidad total en este grupo de edad 6-7, y actualmente es la segunda causa de muerte en la población de 15-24 años de edad ^{7,30}. Las chicas adolescentes tienen una mayor incidencia de intentos de suicidio que los chicos; sin embargo, los chicos adolescentes tienen mayor porcentaje de suicidio consumado ⁷.

La recuperación está asociada con la edad más joven, la menor severidad de los síntomas depresivos, un mayor funcionamiento familiar y menos diagnósticos comórbidos, especialmente la distimia ⁸⁻⁹.

CONCLUSIONES

1. Ya que la depresión mayor pre-adulta es un trastorno recurrente a menudo complicado por la distimia crónica, una vez que la eficacia para el tratamiento agudo de la depresión mayor está establecido, se deberían realizar estudios de mantenimiento.

2. El objetivo de la farmacoterapia es optimizar la eficacia, reduciendo la morbilidad y la mortalidad, optimizando simultáneamente la seguridad. Los datos clínicos sugieren que los ISRS deberían ser el tratamiento de primera línea en niños y adolescentes.

3. Se deberían considerar estudios futuros para comparar la eficacia de intervenciones psicosociales, farmacoterapia y tratamientos combinados.

4. Actualmente no está resuelto si el trastorno distímico y otras formas de depresión crónica (depresión mayor crónica, depresión mayor en remisión parcial) representan trastornos inherentes o se deberían considerar esencialmente presentaciones diferentes del mismo trastorno.

5. Coste de los ISRS. Prescribir tabletas más grandes (cuando estén disponibles) tiene mayor coste efectividad, que si puede ser dividida en dosis individuales más pequeñas, comparadas con la prescripción de dosis equivalentes de comprimidos más pequeños. Por ejemplo, prescribir la mitad de una tableta de sertralina de 100 mg al día es la mitad de caro que prescribir una tableta de sertralina completa de 50 mg al día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tierney E, Joshi PT, Llinas JF, Rosenberg LA & Riddle MA. Sertraline for major depression in children and adolescents: preliminary clinical experience. *J Child Adol Psychopharmacol* 1995; 5: 13-27.
2. Cedvet Tosal M, Grenhill LL. Child and adolescent psychopharmacology. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1025-1035.
3. Findling RL; Reed MD & Blumer JL. Pharmacological Treatment of depression in children and adolescents. *Paediatr Drugs* 1999; 1: 161-182.
4. Cornellá J & Llusent A. Diagnóstico de la depresión en la adolescencia en GRINDOPE. 29º curso de Pediatría Extrahospitalaria. Nuevos retos para el Pediatra., 241-251. 2002.
5. Castells P. Patología Psiquiátrica de la Adolescencia. *Pediatr. Integral* 1997; 2; 217-226.
6. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Carmody T & Rintelmann J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1031-1037.



7. Beasley PJ & Beardslee WR. Depression in the adolescent patient. *Adolescent Medicine* 1998; 9: 351-362.
8. Harman JS, Schulberg HC, Mulsant BH et Reynolds CF. The effect of patient and visit characteristics on diagnosis of depression in primary care. *J Fam Practice* 2001; 50:
9. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Carmody T & Mayes TL. Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment. *Depression and anxiety* 1998; 7: 32-39.
10. Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 877-855.
11. Cassidy LJ & Jellinek MS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1037-1052.
12. Garber J & Hilsman R. Cognitions, stress and depression in children and adolescents. *Child and Adolescents Psychiatry Clinics of North Am* 1992; 1: 129-167.
13. Harman JS, Schulberg HC, Mulsant BH et Reynolds CF. The effect of patient and visit characteristics on diagnosis of depression in primary care. *J Fam Practice* 2001; 50:
14. Mardomingo Sanz MJ. Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Rev Pediatr At Prim* 2001; 3: 61-71.
15. Garralda ME. Practitioner review: assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 1159-1167.
16. Nobile M, Bellotti B, Marino C, Molteni M & Battaglia M. An open trial of Paroxetine in the treatment of children and adolescents diagnosed with dysthymia. *J Child and Adolescent Psychopharmacology* 2000; 10: 103-109.
17. Ryan N & Varma D. Child and adolescent mood disorders- Experience with serotonin-based therapies. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 336-340.
18. Strober M, DeAntonio M, Schmidt-Lackner S, Pataki C, Freeman R, Rigali J & Rao U. The pharmacotherapy of depressive illness in adolescents: an open-label comparison of fluoxetine with imipramine-treated historical controls. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 164-169.
19. Ambrosini PJ. A review of Pharmacotherapy of major depression in children and adolescents. *Psychiatric services* 2000; 51: 627-633.
20. Simeon JG, Dinicola V, Ferguson HB & Copping. Adolescent depression: a placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. *Neuro-Psychopharmacol & Biol Psychiatry* 1990; 14: 791-795.
21. Daly J & Wilens T. The use of tricyclic antidepressants in children and adolescents. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1123-1135.
22. Petti T & Law W. Imipramine Treatment of depressed children: a double-blind pilot Study. *J Clin Psychopharmacol* 1982; 2: 107-110.
23. Emslie GJ, Walkup JT, Pliszka SR & Ernst M. Nontricyclic antidepressants: current trends in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 517-528.
24. McConville BJ, Chaney RO, Browne KL, Friedman L, Cottingham E & Nelson D. Newer antidepressants. Beyond selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1157-1171.
25. DeVane CL & Sallee FR. Serotonin selective reuptake inhibitors in child and adolescent psychopharmacology: a review of published experience. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 55-66.
26. Ten Eick AP, Nakamura H & Reed MD. Drug-drug interactions in pediatric psychopharmacology. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1233-1264.
27. Labellarte M; Walkup J & Riddle MA. The new antidepressants. Selective serotonin reuptake inhibitors. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1137-1155.
28. Walkup JT, Cruz K, Kane S & Geller B. The future of pediatric psychopharmacology. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1265-1278.
29. Waslick BD, Walsh T, Greenhill LL, Eilenberg M, Capasso L & Lieber D. Open trial of fluoxetine in children and adolescents with dysthymic disorder or double depression. *J Affective disorders* 1999; 56: 227-236.
30. Emslie G & Judge R. Tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors: use during pregnancy, in children/adolescents and in the elderly. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 26-34.