

# Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes con trastornos depresivos

Arturo López Bastidas, Francisco de la Peña

*Información Clínica*, vol. 10, núm 2, págs 7-9, feb. 1999.

## Primera parte

El trastorno depresivo mayor (TDM) y el trastorno distímico (TD) son frecuentes y recurrentes entre la población pediátrica. Estos se acompañan frecuentemente de otros trastornos comórbidos, además de mal funcionamiento psicosocial, aumento del riesgo suicida y uso de sustancias, que indican la necesidad de establecer medidas preventivas así como tratamientos oportunos. El objetivo de esta revisión es establecer los parámetros de abordaje y de tratamiento en niños y adolescentes con trastornos depresivos.

Se revisó la bibliografía de los últimos 15 años hasta enero de 1998 llevada a cabo por un grupo de trabajo de la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP). La prevalencia de TDM es aproximadamente de 2 % en los niños y de 4 a 8 % en los adolescentes; la incidencia en uno y otro sexo es similar en la infancia, mientras que a partir de la adolescencia es más frecuente en las niñas, a razón de 2 a 1. La incidencia acumulada hasta la edad de 18 años es de aproximadamente 20 % en las muestras comunitarias. Se desconoce la causa del aumento de la prevalencia en la adolescencia, particularmente en las mujeres, pero se ha sugerido que influyen los factores biológicos, psicosociales y cognoscitivos. Para establecer el diagnóstico de TDM en la población pediátrica se debe de cumplir con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV). El cuadro clínico del trastorno depresivo mayor varía según la etapa de desarrollo en la que se encuentre el individuo. Los niños generalmente presentan más sintomatología ansiosa, quejas somáticas y alucinaciones auditivas, así como problemas de conducta y de irritabilidad. Los adolescentes tienden a tener más síntomas en el área del apetito y del sueño, mayor frecuencia de ideación e intentos suicidas, y más alteraciones en su funcionamiento global. Hay pocos estudios que aborden las diferentes variantes clínicas del TDM en la población pediátrica. La depresión psicótica se ha relacionado con una forma más severa de depresión, una mayor morbilidad a largo plazo, resistencia a la monoterapia antidepresiva y una mayor prevalencia familiar de depresión psicótica y de trastorno bipolar (TB). Es importante hacer el diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar, con el abuso de sustancias, la esquizofrenia, los trastornos disociativos y las alucinaciones secundarios a un episodio traumático. La depresión de tipo bipolar se presenta en forma similar a la depresión unipolar, sin embargo, los síntomas, como el retraso psicomotor, la

psicosis, la hipomanía inducida por fármacos y los antecedentes familiares de TB, pueden indicar que el paciente está en riesgo de desarrollar TB. Esta población parece tener más riesgo de desarrollar episodios mixtos o convertirse en cicladores rápidos. Es importante descartar el TB tipo 11, que frecuentemente se pasa por alto o no se diagnostica. La depresión atípica se inicia generalmente en la adolescencia, pero no hay estudios publicados sobre este punto. Los estudios retrospectivos en adultos, así como un informe epidemiológico reciente, sugieren que hay un trastorno depresivo relacionado con las estaciones del año, que se presenta en la adolescencia, generalmente después de la pubertad. Este subtipo depresivo debe diferenciarse de la depresión que se inicia con el estrés escolar, ya que la estación del año usualmente se traslapa con el calendario escolar. La depresión subclínica o subsindromática puede ocurrir antes de un episodio de TDM. Esta sintomatología se ha relacionado con una alteración en el funcionamiento psicosocial y con el aumento del riesgo de padecer TDM. A diferencia de la población adulta, hasta el momento no hay una clara definición de la depresión resistente al tratamiento en la población pediátrica, aunque se ha indicado que entre 6 y 10 % de los niños y de los adolescentes con TDM pueden padecer de depresión crónica. La comorbilidad en el TDM es muy frecuente: entre 40 y 90 % presentan otro trastorno psiquiátrico, mientras que 20 y 50 % tienen dos o más trastornos comórbidos. Los trastornos comórbidos más frecuentes son la distimia y los trastornos de ansiedad (de 30 a 80 %), seguidos por los trastornos disruptivos o de conducta (de 10 a 80 %) y los trastornos por abuso de sustancias (de 20 a 30 %). Debe hacerse el diagnóstico diferencial con otros trastornos efectivos y no efectivos, tales como los trastornos de ansiedad, los del aprendizaje o disruptivos, o los trastornos por abuso de sustancias. Algunas enfermedades orgánicas pueden presentarse junto con depresión o con síntomas efectivos tales como hipotiroidismo, lupus eritematoso, enfermedades neurológicas, SIDA, anemia, diabetes y epilepsia. Además deberá hacerse el diagnóstico diferencial con el síndrome de fatiga crónica, el trastorno adaptativo con síntomas depresivos y el duelo. La duración promedio de un episodio depresivo mayor es de 7 a 9 meses, y en las muestras comunitarias, de 1 a 2 meses. Después de una terapia efectiva, la frecuencia de las recaídas oscila entre 40 y 60 %. La probabilidad de que un paciente tenga un episodio depresivo mayor recurrente es de 20 a 60 % en uno o dos años, después del periodo de remisión, y aumenta hasta 70 % después de 5 años; esto dependerá, en parte, de la severidad de la depresión

y del tiempo que se estudie. Los predictores de la recurrencia incluyen: la edad temprana al inicio de la enfermedad el numero de episodios anteriores, la severidad del episodio, la presencia de síntomas psicóticos, estresores psicosociales, depresión doble (depresión mayor + dismitia) u otro trastorno comórbido, y la falta de apego al tratamiento. Hay varios factores que están relacionados con el curso de la enfermedad, como el desempeño escolar, los factores demográficos, genéticos y familiares, y psicopatológicos, los factores biológicos y los psicodinámicos; los acontecimientos y experiencias negativas y los factores cognoscitivos y de temperamento. Si no se trata a los pacientes con TDM, podrán presentarse secuelas importantes en el desarrollo social, emocional, cognoscitivo, interpersonal y en el vínculo padre-hijo. Las secuelas más devastadoras e importantes son los intentos suicidas y los suicidios consumados. La incidencia de suicidios en la población adolescente se ha cuadruplicado desde 1950 (de 2.5 a 11.2 por 100,000), y actualmente representa 12 % de la mortalidad en este grupo de edad. Además del trastorno depresivo, hay otros factores de riesgo suicida, como los intentos suicidas anteriores, la historia familiar de trastornos depresivos, y de conducta suicida, la exposición a la violencia intrafamiliar, los antecedentes de abuso de drogas, la impulsividad, los trastornos psiquiátricos comórbidos y la disponibilidad de agentes letales. El TD ha sido menos estudiado que el TDM. Se ha reportado una prevalencia de TD del 0.6 % a 1.7 % en niños y de 1.6 % a 8 % en adolescentes. El TD es un trastorno más crónico pero generalmente menos intenso que el TDM. Aproximadamente, 70 % de los pacientes con TD tienen, además, TDM; y 50 % tienen otros trastornos psiquiátricos, como los de ansiedad (40 %), de conducta (30 %), de déficit de atención (24 %) y de la eliminación (15 %). El 15 % de los pacientes tienen dos o más trastornos comórbidos con TD. El episodio distímico tiene una duración promedio de 3 a 4 años en muestras clínicas y comunitarias, y está relacionado con un aumento en el riesgo de padecer TDM, TB, y abuso de sustancias. Los factores asociados con el curso clínico y las secuelas son similares a las del TDM.

## Evaluación

La herramienta más útil para diagnosticar el trastorno depresivo es la evaluación psiquiátrica completa. La evaluación deberá comprender entrevistas con el paciente y con sus familiares. Por lo general, se necesita de varias entrevistas para llegar al diagnóstico y, en ocasiones, es importante hablar con otras personas que no sean de la familia: el maestro de la escuela, el médico familiar, etc. Es importante hacer un examen físico y los exámenes de laboratorio y gabinete que se necesiten, así como una evaluación del funcionamiento global del paciente. Siempre será importante investigar si existen síntomas característicos de algún subtipo de depresión, como la estacionalidad, la sintomatología atípica,

la psicosis o la hipomanía. Los trastornos comórbidos también deben de tomarse en cuenta, en especial los trastornos por abuso de sustancias, por déficit de atención, y del sueño. También deberá considerarse si tiene o no tiene depresión subclínica debido a que parece ser que esta enfermedad trae consigo un mayor riesgo de padecer TDM y TDM recurrente. La vigilancia del paciente sobre este punto debe ser continua, estableciendo un proceso terapéutico, creando un sentimiento de esperanza en el paciente, y estableciendo una relación nueva y de confianza con un adulto, en este caso, con el terapeuta. Deben tomarse en cuenta los factores culturales o étnicos que pudieran darle ciertas características particulares a la enfermedad del paciente. Frecuentemente, se encuentra que los pacientes con TDM presentan bajo rendimiento escolar, problemas importantes de conducta, aislamiento y menor interacción con sus compañeros, así como poca o nula participación en actividades de recreo, como los deportes o las reuniones sociales. Los pensamientos negativos acerca de sí mismo y de los demás son menos prevalentes en la infancia temprana, mientras que durante la etapa tardía de la infancia, los pacientes empiezan a experimentar los componentes cognoscitivos de su estado de ánimo: baja autoestima, culpabilidad, y desesperanza. Los sistemas taxonómicos para la clasificación de las enfermedades mentales se han desarrollado para disminuir la variabilidad en la interpretación de los síntomas, y para estandarizar el procedimiento diagnóstico. Contamos con varias entrevistas estandarizadas de una alta confiabilidad interevaluador, pero de bajo consenso interinformante. Además, estas entrevistas no son muy adecuadas en la práctica clínica debido a su extensión; además de que requieren de entrenamiento especial y no son contables en los niños menores de 8 años. Los *checklists* psiquiátricos que se han desarrollado según los criterios diagnósticos del DSM-IV son útiles en la clínica pero requieren de una mayor validación. Hay algunos instrumentos autoadministrados, como el Inventario de Beck para la Depresión, *El Child Depression Inventory*, de Kovacs y el *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, entre otros, que son adecuados para determinar la severidad de la sintomatología depresiva y para llevar a cabo un seguimiento de la mejoría clínica. También es importante investigar el funcionamiento global del paciente. Esto se puede hacer con el *Children's Global Assessment Scale* y el *Global Assessment of Functioning* ya que en muchas ocasiones mejorarán los signos y los síntomas de la depresión, pero no así su funcionamiento global.

## Segunda parte

**Arturo López Bastidas, Francisco de la Peña**

*Información Clínica*, vol. 10, núm 4, págs 21-23, abr. 1999.

El tratamiento de los niños y los adolescentes con trastorno depresivo mayor debe adaptarse a sus circunstancias. Esto significa que el tratamiento debe ser específico e individualizado, considerando la severidad de los síntomas, la edad y la etapa de desarrollo en la que se encuentren, y el grado de exposición a los acontecimientos negativos de la vida. Es importante establecer una buena relación médico paciente que facilite la alianza terapéutica, así como educar a éste y a su familia para que no abandone su tratamiento.

### Tratamiento de la fase aguda

Todavía hay controversia acerca de cuál es el primer tratamiento que se le debe ofrecer al niño o adolescente deprimido; si farmacoterapia o psicoterapia. Esto dependerá en gran parte de las características del paciente, tales como la severidad del cuadro, la cronicidad, el subtipo y la edad del paciente; sus conflictos familiares, sus problemas en el rendimiento escolar, su exposición a acontecimientos negativos de la vida, los antecedentes sobre su respuesta y su apego a los tratamientos, y la motivación del paciente y de su familia para buscar ayuda. Con base en la experiencia clínica y en los pocos estudios que hay sobre niños y adolescentes, parece ser que la psicoterapia es útil en las depresiones leves o moderadas. La más estudiada es la terapia cognoscitivo conductual, pero también hay otros tipos, como la psicoterapia psicodinámica y la interpersonal, y la terapia familiar, que han demostrado su efectividad en estudios menos rigurosos. Los medicamentos antidepressivos pueden estar indicados como la primera medida en los niños y adolescentes con depresión psicótica, depresión severa, depresiones bipolares en los no cicladores rápidos, y para aquellas depresiones que no responden al tratamiento psicoterapéutico. Para los pacientes que requieren de un tratamiento psicofarmacológico, los inhibidores de la recaptura de serotonina son los antidepressivos de primera elección debido a que son seguros, no producen efectos colaterales, es fácil administrarlos y pueden usarse como terapia de mantenimiento. Debido al contexto psicosocial en el que se desarrolla la depresión, el tratamiento psicofarmacológico por sí solo nunca es suficiente. Por lo tanto, un tratamiento combinado aumenta la posibilidad no sólo de que disminuyan los síntomas depresivos, sino también de que se desarrollen habilidades de afrontamiento social, estrategias adaptativas, mejoramiento de las relaciones interpersonales e intrafamiliares y de que aumenten la autoestima, por lo que es conveniente iniciar el tratamiento en forma combinada, es decir, con farmacoterapia y psicoterapia simultáneamente.

### Tratamiento continuo

Debido a la gran incidencia de recaídas y recurrencias del trastorno depresivo mayor, se recomienda un tratamiento continuo de entre 6 y 12 meses, y en otras ocasiones, de varios años para algunos pacientes. La psicoterapia se utiliza para consolidar las habilidades aprendidas durante el tratamiento de la fase aguda y para poder enfrentarse a los antecedentes, conflictos y estresores que estén contribuyendo a las recaídas o recurrencias de la enfermedad. Si se utilizó un tratamiento psicofarmacológico, este deberá continuarse con la misma dosis terapéutica del medicamento que se usó en la fase aguda, a menos de que sus efectos colaterales afecten el apego al tratamiento. Si al final de este periodo ya no es necesario el tratamiento psicofarmacológico de mantenimiento, éste se puede suspender paulatinamente a lo largo de 6 semanas para evitar los efectos por la abstinencia que algunos medicamentos pueden provocar.

### Tratamiento de mantenimiento

El objetivo principal de una terapia de mantenimiento es fomentar un crecimiento y desarrollo personal saludable y prevenir las recaídas y las recurrencias. Esta fase puede abarcar desde un año hasta el resto de la vida. Es importante resaltar que no hay estudios sobre la terapia de mantenimiento en niños y adolescentes.

La recomendación para el establecimiento de una terapia de mantenimiento considera varios factores: la severidad del episodio depresivo, la ideación suicida o el intento suicida, los síntomas psicóticos, la alteración del funcionamiento social, el número y la severidad de los episodios depresivos anteriores, la cronicidad, los factores ambientales, como la estabilidad familiar, la psicopatología familiar, las redes sociales de apoyo y las contraindicaciones para el tratamiento. A falta de estudios de mantenimiento en niños y adolescentes, y considerando la bibliografía sobre los estudios en adultos, se recomienda que los niños y adolescentes con dos o tres episodios de depresión mayor reciban una terapia de mantenimiento por lo menos de uno a tres años. En aquellos pacientes que han tenido, por lo menos, dos episodios que se acompañen de sintomatología psicótica, alteración severa del funcionamiento académico o familiar, un alto riesgo suicida y resistencia al tratamiento, al igual que en los pacientes que hayan tenido más de tres episodios, se deberá considerar administrárseles una terapia de mantenimiento de mayor duración.

Hay varios abordajes terapéuticos que se deben tomar en cuenta de acuerdo con el subtipo de depresión o la sintomatología depresiva que tenga el individuo. Por ejemplo, si hay una ideación suicida importante o intento suicida, es preferible tratar al paciente en un ambiente más restrictivo, como el hospital. Además los antidepressivos tricíclicos no

deben utilizarse como medicamentos de primera intención en los pacientes con un alto grado de riesgo suicida, sino, más bien, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Es importante investigar los antecedentes del paciente, ya que la conducta suicida se ha relacionado con antecedentes de abuso físico o sexual. También deberá investigarse el abuso de sustancias, y los trastornos del desarrollo de la personalidad, así como las conductas disruptivas y la mala dinámica familiar, que también se encuentran frecuentemente en los pacientes con conducta suicida. En los pacientes que presentan depresión con síntomas psicóticos, son útiles los antipsicóticos junto con los antidepresivos. Como estos pacientes corren el riesgo de presentar diskinesia tardía, los medicamentos antipsicóticos deben suspenderse paulatinamente después de la remisión de los síntomas. Algunos relatos anecdóticos sugieren que la terapia electroconvulsiva es eficaz en los pacientes con estas características, y la terapia luminosa ha dado buenos resultados en el trastorno afectivo estacional. Los niños y adolescentes con depresión unipolar corren más riesgo de desarrollar un trastorno bipolar si tienen sintomatología psicótica, retraso psicomotor y antecedentes familiares de trastorno bipolar. Cuando es así, el clínico deberá plantearles al paciente y a sus familiares las ventajas y desventajas de iniciar un tratamiento profiláctico con un estabilizador del estado de ánimo. En los adolescentes se ha usado el litio, la carbamacepina y el ácido valproico.

Hay poca información sobre cómo tratar a los pacientes que tienen depresión además de una enfermedad física, pero sin duda, deberán tomarse en cuenta los factores propios de la enfermedad física; los efectos de la combinación de varios medicamentos, tanto antidepresivos como los que se administren para la enfermedad física; las características

farmacodinámicas y farmacocinéticas y el perfil de los efectos colaterales.

En los pacientes resistentes al tratamiento hay muchos factores que deben tomarse en cuenta, como las características del clínico y las del paciente, los trastornos comórbidos, los trastornos de la personalidad, los antecedentes de abuso físico o sexual, la falta de apego al tratamiento, el tiempo o la dosis insuficiente de medicamentos, y la enfermedad física. Hay varias maneras de tratar a estos pacientes, como combinar el tratamiento psicofarmacológico y el psicoterapéutico, cambiar el antidepresivo a otro del mismo grupo o de diferente grupo, usar medicamentos coadyuvantes, y combinar antidepresivos de diferentes grupos. Muy pocos estudios que han investigado la eficacia de los tratamientos en niños y adolescentes resistentes al tratamiento. Esto se debe a que los estudios se han hecho en muestras pequeñas de pacientes y también por las consideraciones éticas que impiden darle placebo a un paciente con depresión resistente a tratamiento.

No hay estudios controlados que aborden el tratamiento de la distimia en niños y adolescentes. Se considera que la experiencia clínica y los lineamientos para los adultos con depresión mayor, también son eficaces en los niños y adolescentes con distimia, pero es necesario hacer más estudios que identifiquen los tratamientos eficaces, así como las consecuencias a largo plazo de someterlos a tratamientos inadecuados.

#### *Bibliografía*

AACAP OFFICIAL ACTION: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1, 37(10 supl):63-83, 1998.