

J. L. de Dios de Vega¹
M^a J. Mardomingo Sanz²
L. Sordo Sordo³
F. J. San Sebastián Cabasés⁴
P. Rodríguez Ramos¹

Paroxetina en el tratamiento del Trastorno Depresivo en adolescentes

Paroxetine in adolescent depressive disorder's treatment

1 Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Madrid

2 Servicio de Psiquiatría Infantil
Hospital Gregorio Marañón de Madrid

3 Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

4 Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Correspondencia:

J. L. de Dios de Vega
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Universitario San Carlos. Consultorios Ala Norte
Dr. Martín Lagos, s/n
28040 Madrid

RESUMEN

Un análisis comparativo de diversos estudios sobre el tratamiento farmacológico de la depresión en la adolescencia apoya la idea de que los IMAOs y aquellos fármacos que actúan sobre el sistema serotoninérgico, muestran una mayor actividad sobre la depresión del adolescente que los que actúan sobre el sistema noradrenérgico. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado su utilidad en el tratamiento de la depresión en la población adulta y han demostrado también un mejor perfil de tolerabilidad comparados con los antidepresivos tricíclicos.

En este artículo se muestran los resultados de un estudio abierto con un ISRS, la *paroxetina*, en el tratamiento de la depresión en el adolescente. Se ha estudiado su eficacia en un grupo de 48 adolescentes (36 mujeres, 12 varones, con una edad media de 16,2 años) que reunieron los criterios de diagnóstico del manual CIE-10 para el Trastorno Depresivo. En 23 de ellos se encontraron antecedentes

familiares de trastornos depresivos y 20 pacientes habían recibido tratamientos previos con antidepresivos. La dosis de paroxetina fue de 20 mg/día en todos los casos salvo en 7 que recibieron 40 mg/día. Diecisiete recibieron un tratamiento asociado con benzodiazepinas (15 casos) o antipsicóticos (2 casos).

A las 8 semanas de tratamiento, mostraron una respuesta satisfactoria el 81,2%, no encontrándose mejoría alguna en el 18,7%. No se apreciaron efectos secundarios en 29 de los adolescentes (60,4%), y fueron leves en 14 casos (29,1%). De los 5 restantes, 3 experimentaron efectos secundarios moderados (inquietud, mareos), uno tuvo un efecto secundario severo (hipotensión ortostática) y uno manifestó una hipomanía en la segunda semana de tratamiento. Los efectos secundarios más frecuentes, tales como astenia y náuseas, aparecieron en la primeras dos semanas de tratamiento.

En conclusión, en este trabajo abierto con adolescentes, la paroxetina ha sido bien tolerada y ha demostrado una eficacia antidepresiva en la mayoría de los pacientes.

114 **PALABRAS CLAVE**

Adolescente; Depresión; Paroxetina.

ABSTRACT

Comparative analysis of several open studies about pharmacologic treatment of depression in adolescents support the view that IMAOs and agents wich interact with the serotonergic system rather than the noradrenergic system may prove more effective in the treatment of depression in the adult population and have an improved tolerability profile compared with the tricyclic antidepressants. We now report the results of an open study with an SSRI, paroxetine, in the treatment of adolescent depression. The efficacy of paroxetine was studied in a sample of 48 adolescents (36 female, 12 male; mean age 16.2 years) with an ICD-10 first or second diagnose of depressive disorder. In 23 of the adolescents there was a family history of depressive disorders and 20 of these patients had previously been treated with antidepressants. The dose of paroxetine was 20 mg/day in all cases but seven of the patients who received 40 mg/day. Seventeen patients received concomitant therapy with benzodiazepines (15 cases) or antipsychotics (2 cases). At the week 8 assessment, 32 patients (18.2%) showed a satisfactory response to treatment and 9 patients (18.9%) showed no response. No side effects were reported in 29 of the adolescents (60.4%), and mild side effects in 14 cases (29.1%). Of the remaining five patients three experienced moderate effects (restlessness, drowsiness), one a severe effect (orthostatic hypotension) and one hypomania during the second week of treatment. The most frequently reported side effects such as asthenia and nausea occurred during the first two weeks of treatment. In conclusion, in this open study in adolescents, paroxetine was well tolerate and demonstrate antidepressant efficacy in the majority of patients.

KEY WORDS

Adolescent; Depression; Paroxetine.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la depresión en la adolescencia es todavía objeto de muchas discusiones, en primer lugar por las diferentes concepciones entre los diversos autores, que la pueden considerar ya como algo "normal" en la etapa adolescente, ya como alteraciones afectivas "reactivas" a situaciones estresantes propias de la adolescencia, ya como una entidad nosológica con las mismas características que en el adulto pero con ciertas variaciones sintomatológicas y evolutivas debidas al proceso madurativo típico de la etapa de desarrollo a la que nos referimos. En segundo lugar, sigue planteándose qué tipo de tratamiento puede ser más eficaz, si la psicoterapia en sus distintas modalidades o la farmacoterapia y, dentro de ésta, qué fármacos pueden ser los más eficaces.

No obstante, hay que tener en cuenta que aquel tratamiento que sea realmente efectivo en la depresión del adolescente sirve no sólo para corregir el episodio depresivo y por lo tanto modificar su curso y evolución, sino también para prevenir episodios depresivos posteriores y sus graves consecuencias, ya que está demostrado que una amplia proporción de depresiones del adulto empiezan en la adolescencia e incluso en la infancia^(1, 2). A estas consideraciones hay que añadir la convicción de que la depresión en la infancia y la adolescencia se está incrementando en los últimos tiempos, lo cual representa otro desafío importante, tanto desde el punto de vista psiquiátrico como psicoterapéutico^(3, 4).

A pesar de estos poderosos argumentos, hay muy pocos ensayos clínicos controlados de la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos en la depresión en el adolescente. Claro que hay que tener en cuenta que estos estudios presentan serias dificultades metodológicas e incluso éticas.

Si se hace un análisis comparativo de diversos estudios abiertos sobre la eficacia de los antidepressivos en la adolescencia se observa que hay grandes variaciones en los resultados, encontrándose que aquellos fármacos en los que la acción serotoninérgica sea la principal han dado porcentajes de eficacia mayores que aquellos cuya acción

principal es sobre la noradrenalina; así se ha observado que los IMAOs, los antidepresivos tricíclicos tipo clomipramina y los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) han mostrado mejorías significativas sobre la depresión del adolescente^(6, 7).

La *Paroxetina* es un ISRS de los más potentes y selectivos sobre la recaptación de serotonina, que ha demostrado su eficacia en la depresión de los adultos, según diversos estudios controlados. Su eficacia antidepressiva en la adolescencia solamente ha sido estudiada en un estudio abierto con 25 pacientes por debajo de los 18 años⁽⁶⁾.

Objetivo

El principal de este estudio es continuar un trabajo preliminar realizado en adolescentes, con un mayor número de pacientes, que hayan sido tratados con paroxetina.

Se trata de una revisión retrospectiva de adolescentes que hayan sido tratados con paroxetina por padecer un trastorno depresivo (diagnóstico principal o secundario) a lo largo de 8 semanas y compararlos con estudios similares realizados con otros antidepressivos.

Se revisa la eficacia y los efectos secundarios de la paroxetina a lo largo del tiempo de duración del estudio, valorando su frecuencia, gravedad y tipo de efecto.

MÉTODOS

Procedimiento

Los autores han revisado las historias clínicas y los tratamientos llevados a cabo en todos aquellos pacientes que reunían los criterios CIE-10 para el trastorno depresivo y que hayan sido tratados con paroxetina. Tras la recogida de datos, éstos se han estructurado como sigue:

- Datos biográficos, antecedentes personales y familiares, medicación previa y exámenes complementarios.
- Perfil Clínico de Evaluación de la Sintomatología Depresiva durante las primeras 8 semanas de tratamiento con paroxetina (PCSD)⁽⁶⁾.

- Dosificación de la paroxetina, con sus variaciones, duración, y fármacos asociados.
- Valoración de los efectos secundarios a través de la escala UKU de efectos colaterales.

Para la valoración de la eficacia del tratamiento se consideró:

- *Remisión total*: cuando al término del estudio (8 semanas), no aparecía ningún síntoma en el PCSD, o bien estaba presente, con carácter de leve-moderado uno de los siguientes: Autoconcepto pobre, Sentimientos de soledad, Irritabilidad, Preocupaciones hipochondriacas, Parasomnias o Alteraciones del apetito.
- *Mejoría con síntomas residuales*: son aquellos casos que a la octava semana de tratamiento mostraban síntomas leve-moderados en 2-4 de los síntomas citados en el apartado anterior.
- *Sin cambios*: persistencia de sintomatología moderada en al menos uno de los síntomas principales (tristeza, culpa, anhedonia, ideas de muerte, inhibición psíquica o motora) o severa en alguno de los síntomas secundarios antes citados.
- *Empeoramiento*: incremento de la sintomatología en uno o más de los síntomas principales, sin disminución de los otros.

Descripción de los pacientes

Se han estudiado un número total de 48 pacientes, adolescentes de edades comprendidas entre 12 años 0 meses y 17 años 11 meses, con una edad media de 16,2 años. La distribución por edades y sexo queda reflejada en la tabla 1. Hay un predo-

Tabla 1 Distribución por edad y sexo

Edades	Mujeres	Varones	Totales
12	1	0	1
13	1	1	2
14	7	1	8
15	11	4	15
16	10	4	14
17	6	2	8
Global	36	12	48

Tabla 2 Diagnóstico principal según CIE-10

Diagnóstico principal	Casos	Porcentaje
Episodio depresivo	F32	24 50
Leve	F32.0	2 4,16
Moderado	F32.1	15 31,25
Severo	F32.2	6 12,5
Severo con síntomas psicóticos	F32.3	1 2,8
Trastorno depresivo recurrente	F33	
Episodio actual moderado		4 8,33
Distimia	F34.1	11 22,91
Trastornos adaptativos		
Reacción depresiva	F43.2	2 4,16
Trastorno de pánico	F41.0	1 2,08
Trastornos de la conducta alimentaria		
Anorexia nerviosa	F50.0	4 8,33
Trastorno disocial depresivo	F92.1	2 4,16
Total		48 100%

minio claro en el sexo femenino, con una ratio varón/mujer de 1/3.

Todos los pacientes fueron evaluados y tratados en cinco consultas ambulatorias de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Todos los casos presentaban un Trastorno Depresivo con una duración mínima de 6 semanas. Asimismo, 19 casos (39,58%) habían sido tratados previamente con antidepresivos, y 22 casos (47,9%) manifestaron tener antecedentes familiares de trastornos afectivos. Todos fueron evaluados según los criterios de la CIE-10. En la tabla 2 se indican los diagnósticos especificados.

RESULTADOS

Las dosis de paroxetina utilizadas fueron las siguientes:

- A. Al inicio:
 1. 10 mg/día en 23 casos (durante 4 a 6 días)
 2. 20 mg/día en 25 casos
- B. De mantenimiento:
 1. 10 mg/día en 1 caso
 2. 20 mg/día en 42 casos
 3. 40 mg/día en 5 casos

De todos estos pacientes, 31 (64,58%) recibieron exclusivamente paroxetina para el tratamien-

Tabla 3 Resultados

Remisión total	23	47,91%
Mejoría clara con síntomas residuales (Remisión y mejoría)	13	27,08%
Sin cambios	36	75,0%
Empeoramiento	8	16,66%
Abandono	0	0,0%
Retirada del tratamiento	1	2,08%
(No cambios, abandono y retirada)	3	6,25%
	12	25,0%

to de su trastorno depresivo, y el resto, 17 casos (35,42%) en su tratamiento se asoció benzodiazepinas (15 casos) o neurolepticos (2 casos).

Los resultados obtenidos al cabo de las 8 semanas de tratamiento son los siguientes, de acuerdo con los criterios que se establecieron para apreciar los cambios en la sintomatología: en el 75% (36 pacientes), hubo una remisión total o franca mejoría y, en el 25% (12 casos), existió bien abandono, no cambio en los síntomas o retirada del tratamiento por los efectos secundarios; no hubo cambio en el 16,66%, abandonó el tratamiento el 2,08% y hubo que retirar el tratamiento al 6,25% por los efectos secundarios (tabla 3).

Dentro de cada grupo diagnóstico, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Episodio depresivo (F32): el 70% tuvo una remisión de la sintomatología o mejoría clara, según el PCSD.
- Trastorno depresivo recurrente (F33): los 4 casos mostraron remisión o mejoría clara.
- Distimia (F34.1): la mayoría de ellos (72%) mostraron también remisión o mejoría clara.
- Trastorno adaptativo (F43.2): uno mejoró y el otro no respondió al tratamiento.
- Trastorno de pánico y depresión (F41.0): el único caso que había remitido completamente la sintomatología.
- Anorexia nerviosa y depresión (F50.0): de 4 casos existentes en el estudio, en 3 se encontró remisión o mejoría clara del cuadro depresivo.
- Trastorno disocial depresivo (F92.0): los 2 casos respondieron a la medicación con efectividad; en 1, remitieron los síntomas y, en el otro, se apreció una mejoría franca (Tabla 4).

Tabla 4 Respuesta terapéutica

Trastorno	Nº	Rem.	Mej.	No resp.	Aband.	Ret.
Episodio depresivo	24 (100%)	11 (45%)	6 (25%)	6 (25%)	1 (4,1%)	
Trast. Depresivo recurrente	4 (100%)	3 (75%)	1 (25%)			
Distimia	11 (100%)	5 (45%)	3 (27%)	1 (9%)		2 (18%)
Trast. Adapt. y depresión	2 (100%)		1 (50%)	1 (50%)		
Trast. Pánico y depresión	1 (100%)	1 (100%)				
Anorexia nerviosa y depresión	4 (100%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)		
Trast. disocial depresivo	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)			

Los efectos secundarios se valoraron con la Escala de Efectos Secundarios UKU en tres aspectos complementarios: porcentaje de pacientes con efectos secundarios, grado de severidad de dichos efectos secundarios, y tipos de efectos secundarios más frecuentemente encontrados. Así, respecto al porcentaje de adolescentes con estos efectos se observó que en el 60,41% (29 casos) no se encontraron efectos secundarios; por lo que se refiere al grado de severidad, los efectos secundarios fueron leves en el 27,08% (13 casos), que desaparecieron en el transcurso de las dos primeras semanas de tratamiento, y moderados y severos se encontraron en 6 casos, siendo necesaria la retirada de la medicación en 3 casos (tabla 5).

El tercer aspecto estudiado, *tipo de efectos secundarios*, se apreció que los más frecuentes fueron sedación en el 20,83%, astenia en el 12,50%, y cefaleas en el 10,41%; tanto la sedación como la astenia disminuyeron en las 2 primeras semanas; el resto de efectos secundarios se recoge en la tabla 6.

DISCUSIÓN

Hasta ahora, se han realizado diversos estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en la depresión del adolescente, apreciándose que aquéllos que

actúan principalmente sobre la neurotransmisión de la serotonina son más eficaces que aquellos cuyo principal efecto se realiza sobre la neurotransmisión de otros neurotransmisores (tabla 7).

La utilización de los antidepresivos en general produce unas mejorías bastante aceptables; podría alegarse que el número de pacientes incluidos en los diferentes estudios es reducido, pero hay que tener en cuenta que se está hablando de adolescentes, por debajo de 18 años, lo que significa que es bastante difícil conseguir una muestra amplia. En el presente estudio, la muestra recogida es la más amplia de los trabajos realizados con ISRS, lo cual la hace aún más significativa.

Los adolescentes que participan en este estudio no fueron escogidos por su mayor o menor gravedad de la depresión, pero sí hay que tener en

Tabla 6 Tipo y porcentaje de efectos secundarios

Tipo	Porcentaje	
Presentes en más del 10%		
• Sedación	10 casos	20,83%
• Astenia	6 casos	12,50%
• Cefaleas	5 casos	10,41%
Presentes en menos del 10%		
• Náuseas	4 casos	8,33%
• Diarrea	4 casos	8,33%
• Aumento en la duración del sueño	3 casos	6,25%
• Tensión/inquietud	3 casos	6,25%
• Disminución duración del sueño	3 casos	6,25%
• Taquicardia	2 casos	4,16%
• Hipotensión ortostática	2 casos	4,16%
• Hipomanía	2 casos	4,16%
• Aumento de la actividad onírica	1 caso	2,08%
• Anorexia	1 caso	2,08%

Tabla 5 Efectos secundarios

No efectos secundarios	29 casos	60,41%
Efectos secundarios leves	13 casos	27,08%
Efectos secundarios moderados	5 casos	10,41%
Efectos secundarios severos	1 caso	2,08%

Tabla 7 (modificada de 6) Estudios abiertos de eficacia antidepressiva en la adolescencia

<i>Autores y año</i>	<i>Fármaco</i>	<i>edad</i>	<i>Nº</i>	<i>Remisión + mejoría</i>
Lucas et al, 1965	Amitriptilina	10-17	10	60%
Dugas et al, 1980	Clomipramina	13-18	25	46% (88%) (a)
Minuti y Gallo 1982	Maprotilina	4-15	20	60%
Dugas et al, 1985	Mianserina	8-18	80	64%
Ryan et al, 1986	Imipramina	12-17	34	44%
Strober et al, 1990	Imipramina	13-18	35	29,4% (b)
Ryan et al, 1988	Tranilcipromina o fenelzina (c)	13-18	23	74% (d)
Joshi et al, 1989	Fluoxetina	9-15	14	71,4% (a)
Loño et al, 1991	Fluoxetina	10-17	30	70% (a)
R. Ramos y Fdez 1992	Fluoxetina	15-18	8	50% (75%) (a)
Jain et al, 1992	Fluoxetina	9-18	15	74% (a)
Boulos et al, 1992	Fluoxetina	16-24	31	64% (73%) (a)
Apter et al, 1994	Fluvoxamina	13-18	6	66% (a)
R. Ramos et al, 1995	Paroxetina	13-18	25	76% (a)

(a) remisión + mejoría; (b) muy mejorados + bastante mejorados; (c) solos o en combinación con tricíclicos; (d) aceptable o buena respuesta.

cuenta que más de la tercera parte habían sido tratados previamente con antidepressivos, posiblemente por tener un trastorno depresivo, y casi la mitad tenían antecedentes familiares de trastornos afectivos, con la consiguiente carga genética.

Hasta este momento, a juicio de los autores, este estudio representa el más amplio realizado con ISRS en adolescentes por debajo de los 18 años.

Antes de entrar a valorar los factores a estudiar, se observa que la ratio varón/mujer encontrada en la muestra es de 1/3, es decir, 3 mujeres por cada varón, ratio similar a la que se encuentra en la depresión del adulto y que puede significar que, a medida que el niño va desarrollándose, la razón de sexo va siendo cada vez más similar a la del adulto.

Comparación de eficacia

Los resultados de este estudio (remisión total 47,71%; mejoría clara con síntomas residuales 27,08%; remisión + mejoría 75%), comparados con los de otros estudios con ISRS son similares, y claramente mejores que los realizados con otros antidepressivos, a excepción del trabajo de Ryan et al (1988) con IMAOs⁽⁸⁾, y del de Dugas et al (1980) con clomipramina⁽⁹⁾, que son superiores (tabla 7);

los resultados obtenidos por Minuti y Gallo (1982) con maprotilina y por Joshi et al (1989) con fluoxetina, fueron realizados con niños y no pueden ser fuente de comparación con los estudios sobre adolescentes, ya que los peores resultados se encuentran en adolescentes. Estos estudios se han incluido en la tabla por ser los únicos encontrados con estos fármacos.

De los trabajos realizados con ISRS, todos son con fluoxetina, salvo uno con fluvoxamina (Apter et al, 1994) y otro con paroxetina (Rodríguez Ramos et al, 1995), apreciándose que los resultados en cuanto eficacia se refiere, son similares, no encontrándose grandes variaciones, por lo que podría concluirse que la eficacia de los ISRS en la depresión del adolescente es similar, independientemente del fármaco de esta clase que se utilice; claro está que, salvo el estudio de Loño et al (1991), con 30 pacientes, y de Boulos et al (1992) con 31 pacientes, el resto suma un número excesivamente pequeño para poder extraer conclusiones válidas.

Comparación de efectos secundarios

Los efectos secundarios encontrados en este estudio fueron los esperados con la utilización de paroxetina y, en general, de ISRS. Hay que resal-

tar que en el 60,41% de los casos no aparecieron efectos secundarios y, en los que aparecieron, la mayoría fueron bastante leves, con sólo un 12,49% de pacientes con efectos moderados y severos, lo que indica un buen perfil de seguridad de la paroxetina cuando se utiliza en el adolescente. La mayoría apareció dentro de las dos primeras semanas de tratamiento, desapareciendo con rapidez en la tercera semana; además, ni la intensidad de ellos ni su duración impidieron la realización de una vida normal, excepto en los tres casos de retirada de medicación.

La frecuencia de efectos secundarios en niños y adolescentes encontrada con los ISRS varía ampliamente, y no existen estudios precisos. En este trabajo se encuentran algunas diferencias con los efectos secundarios encontrados con la fluoxetina; Jain et al (1992)⁽¹⁰⁾ observaron que el efecto secundario más común encontrado en niños y adolescentes a los que habían tratado con fluoxetina eran síntomas de carácter hipomaniaco (23%), irritabilidad (19%), indisposición gastrointestinal (13%) e insomnio (13%), efectos mucho más frecuentes que los encontrados por los autores.

En este estudio, el efecto secundario más frecuente fue la sedación, que apareció en un 20,83% de los casos, astenia en un 12,50% y cefaleas en un 10,41%; la frecuencia de hipomanía (4,16%),

tensión/inquietud (6,25%) e insomnio (6,25%) fue bastante menor que la encontrada en el trabajo de Jain et al, en cambio, los síntomas gastrointestinales (náuseas + diarrea), que apareció en el 16,66%, era más alta que en el estudio de Jain con fluoxetina.

En los dos casos en los que aparecieron síntomas de hipomanía, éstos desaparecieron cuando la dosis de paroxetina se redujo a 10 y 20 mg/día, respectivamente.

CONCLUSIONES

El tratamiento con paroxetina en adolescentes con trastornos depresivos proporciona buenos resultados, similares a los encontrados con fluoxetina y fluvoxamina en estudios abiertos, siendo todos ellos superiores a los antidepresivos tricíclicos.

La paroxetina ha sido bien tolerada en la adolescencia, con una buena respuesta y en breve espacio de tiempo.

La frecuencia de efectos secundarios es baja, menor que con otros ISRS y de intensidad leve, aunque, dado el escaso número de pacientes tratados, se hace necesaria la realización de estudios más amplios con otros ISRS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrington R, Fudge H, Rutter M, et al. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:465-73.
2. Warner V, Weissman MM, Fendrich M, et al. The course of major depression in the offspring of depressed patients: incidence, recurrence, recovery. *Arch. Gen Psychiatry* 1992; 49:795-801.
3. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *J Am Med Assoc* 1989;261:2229-35.
4. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S, et al. A secular increase in child and adolescent onset of affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:600-5.
5. Keller MB, Lavori PW, Beardslee WR, et al. Depression in children and adolescents: new data on "undertreatment" and literature review on the efficacy of available treatments. *J Affective Disorders* 1991;21:163-71.
6. Rodríguez-Ramos P, de Dios JL, San Sebastián J, Sordo L, Mardomingo MJ. Estudio preliminar de la Paroxetina en adolescentes con trastornos depresivos. *Psiquis* 1995;16(1):1-10.
7. Ryan ND. Pharmacotherapy of adolescent major depression beyond TCAs. *Psychopharmacol Bull* 1990;26:75-9.
8. Ryan ND, Puig-Antich J, Rabinovich H, et al. MAOs in adolescent major depression unresponsive to tricyclic antidepressants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:755-8.
9. Dugas M, Zafirian E, LeHeuzey MF, et al. Preliminary observations of the significance of monitoring tricyclic antidepressant plasma level in pediatric patients. *Drug Monit* 1980;2:307-14.
10. Jain U, Birmaher B, García M, et al. Fluoxetine in children and adolescents with mood disorders: a chartreview of efficacy and adverse effects. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol* 1992; 2:259-65.

ANEXO

PERFIL CLÍNICO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Disminución del estado de ánimo

	<i>Inicial</i>			<i>1^a visita</i>			<i>2^a visita</i>			<i>3^a visita</i>			<i>Final</i>		
Tristeza															
Decaimiento, llanto fácil	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Autoconcepto pobre	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Sent. incapacidad	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Sent. infravaloración	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Falta autoconfianza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Indecisión	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sentimientos de culpa	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Sentimientos soledad	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Anhedonia	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Pérdida ilusiones	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Pérdida placer	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Pérdida interés	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ideas de muerte	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Pensamientos suicidio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Tentativa suicida	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Irritabilidad	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Trastornos conducta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Preoc. hipocondriacas	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4

Inhibición psicomotriz

	<i>Inicial</i>			<i>1^a visita</i>			<i>2^a visita</i>			<i>3^a visita</i>			<i>Final</i>		
Inhibición psíquica	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Lentitud ideacional	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Aburrimiento	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Apatía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Desgana	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Falta motivación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Falta concentración	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Dismin. rend. escolar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Tendencia a aislarse	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Dismin. comunicación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Inhibición motora	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Cansancio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Falta energía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Lentitud motora	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Síntomas vegetativos

	<i>Inicial</i>			<i>1ª visita</i>			<i>2ª visita</i>			<i>3ª visita</i>			<i>Final</i>		
Trastornos del sueño	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Insomnio precoz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Despertar intermitente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Insomnio tardío	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Parasomnias	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trastornos del apetito	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Anorexia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Pérdida de peso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Hiperfagia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Aumento de peso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oscilaciones diurnas	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4

Otros síntomas

	<i>Inicial</i>			<i>1ª visita</i>			<i>2ª visita</i>			<i>3ª visita</i>			<i>Final</i>		
Cefaleas	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Dolores abdominales	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Otras algias	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Otros síntomas (especificar)	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4