

Tratamiento antidepresivo en dos grupos de niños y adolescentes con un intervalo de 13 años

M.T. Alcalde Lapiedra, I. Freire Santos, J.M. Velilla Picazo

Zaragoza

RESUMEN

Para el presente trabajo se han revisado las historias clínicas de todos los niños diagnosticados de depresión, en la sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, durante el año 1976 y durante el año 1989, mediando entre ambos un período de 13 años, realizando un estudio comparativo entre estos dos grupos.

Se han registrado los datos epidemiológicos (edad, sexo, fratría, nivel sociocultural, etc.), centrándose el estudio en los criterios diagnósticos y los tratamientos recibidos por cada uno de estos dos grupos de niños, fundamentalmente psicofármacos prescritos y dosis utilizadas, analizando las diferencias existentes.

Palabras clave: Depresión. Antidepresivo. Psicofarmacología.

INTRODUCCIÓN

La inquietud en el campo de la psiquiatría de adultos por desentrañar los numerosos problemas, que los síndromes depresivos plantean, no se extendieron, hasta hace relativamente pocos años a los cuadros depresivos que los niños pueden presentar. Tal vez, porque hablar de depresión y de melancolía en una edad

que conlleva la mayor esperanza de vida y en la que se presupone una incuestionable alegría de vivir, parecía paradójico. Es pues patente la resistencia que ha habido a lo largo del siglo actual, a la hora de admitir una patología del humor en el niño y esto, es manifiesto, hasta el punto de que si consultamos tratados de psiquiatría infantil que podemos considerar clásicos y fundamentales como el de Tramer (18), Kanner (9), Stutte (17), e incluso otros más recientes como el de Midenet y Favre (11), nos sorprende el no encontrar ni un solo capítulo en el índice, referente a las depresiones infantiles.

Tal vez pueda deberse en parte al gran auge que, en aquellos años, tuvieron dentro de la psiquiatría las teorías psicoanalíticas, considerando la depresión como una «enfermedad del superyo», en el sentido que, tal como explica Freud (6) en su obra «Duelo y melancolía» el mecanismo básico del trastorno depresivo sería la introspección de un objeto perdido, dirigiendo hacia este objeto interiorizado, es decir hacia el yo, la ambivalencia y las pulsiones agresivas originariamente dirigidas hacia este objeto. Pero, si el yo es demasiado débil, y el superyo todavía está en pleno desarrollo, difícilmente surgirán los sentimientos de culpa originados por este conflicto entre las instancias psíquicas, y que sería el origen del sentimiento depresivo.

Para Nissen (13), todo esto no se ha confirmado en absoluto en la práctica, suponiendo, por otra parte, un retraso para la ciencia.

Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

A partir de los años sesenta, es cuando vuelve a resurgir el planteamiento de la existencia de depresiones en la infancia, pero fue el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, celebrado en Estocolmo en 1971, dedicando la mayor parte de sus ponencias y comunicaciones a la «depresión infantil», el acontecimiento científico que proclamó el reconocimiento oficial de este importante apartado de la psicopatología infanto-juvenil.

Desde entonces, hasta la actualidad, ha ido incrementándose el diagnóstico de depresión en el niño y en el adolescente, en todas las consultas paidopsiquiátricas, aunque esto depende de los criterios más o menos restrictivos de cada escuela, lo que se refleja de manera evidente en la gran disparidad de resultados estadísticos al respecto, a pesar de lo cual, actualmente existe un consenso bastante amplio al afirmar que la «depresión endógena fáscica» es sumamente difícil de observar antes de la pubertad, pero sí que, sin embargo, las «depresiones psicógenas» o las «somatógenas», siguiendo la clasificación de Nissen, se podrían dar desde los primeros años de la vida.

Por otra parte, la sintomatología de las depresiones infantiles, viene condicionada por la edad, es decir, por la etapa evolutiva por la que atraviesa el niño.

Como norma general, es unánimemente aceptado el hecho de que cuanto más joven e inmaduro es el niño más tenderá a expresar sus síntomas a través de su organismo, es decir, más somáticos serán éstos. Conforme vaya creciendo y madurando, más expresará su sintomatología a través de «lo psíquico» y así, al llegar a la adolescencia nos encontramos con cuadros depresivos más parecidos a los de los adultos y, por lo tanto, más fácilmente diagnosticables con criterios clínicos adultomorfos.

El diagnóstico de la depresión infanto-juvenil, muchas veces no va a ser fácil, si tenemos en cuenta que muchos de estos niños y adolescentes no son enviados al paidopsiquiatra a causa de las alteraciones del humor, sino, más bien, debido a conflictos y dificultades en la escuela y en la familia.

En algunos casos, va a ser una entrevista bien planteada, cuando el paciente nos puede revelar la existencia de «interrupciones del sueño», «poca fuerza de voluntad», «aburrimiento y pérdida de la alegría de vivir».

Otras veces, tendremos en cuenta el «informe escolar» de un niño en el que se nos comunica disminución de su rendimiento, dificultades de aprendizaje, desinterés y ausencia de cooperación, cuando hasta entonces venía ocurriendo todo lo contrario.

Los tests proyectivos tienen un gran interés para corroborar el diagnóstico en las depresiones, siendo los más empleados el Rorschach (15) o cualquiera de sus series paralelas, y el Test de Apercepción Temática de Murray (12). Recientemente, existe un creciente interés sobre las escalas para el diagnóstico y evaluación de las depresiones en la infancia, siendo su uso cada vez más extendido.

Asimismo, nos parece oportuno recordar que, si el tratamiento de las depresiones en el adulto está bien descrito y contrastado y no suscita controversias entre los psiquiatras, no ocurre lo mismo con el niño, enfrentándose hasta hace muy poco tiempo los partidarios de la farmacoterapia y de la psicoterapia, aunque, en realidad, como señala Ajuriaguerra (1), para la inmensa mayoría no hay oposición a la utilización conjunta de estos dos tipos de terapéutica.

Frommer (7) opina que los cuadros depresivos infantiles que se someten a tratamiento antes de pasar un año, normalmente responden a la farmacoterapia simple, suponiendo que el niño no tenga nuevas experiencias traumáticas.

Respecto a los psicofármacos antidepresivos, creemos que, con una correcta utilización, pueden ayudar al niño a sentirse mejor, tanto en su casa como en la escuela.

Dentro de este tipo de fármacos, los tricíclicos serían los antidepresivos de referencia, teniéndose una amplia experiencia sobre su dosificación e indicaciones.

Recientemente, han aparecido nuevos antidepresivos con los que, según nuestra experiencia, se obtienen resultados satisfactorios.

No obstante, a este respecto, creemos necesario insistir en que una «regla de oro» en la utilización de los psicofármacos en el niño, aparte de su correcta prescripción y dosificación, sería la vigilancia para prevenir la toxicidad o los efectos secundarios en aquéllos que reciban tratamientos prolongados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el año 1976 acudieron a las consultas del servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza 568 pacientes, de 0 a 18 años, de los cuales fueron diagnosticados de depresión 30, lo que supone un 5,28% del total. En el año 1989 fueron visitados en el mismo servicio 599 pacientes, en este tiempo se diagnosticaron de depresión 48, es decir un 8,01%. Hay que tener en cuenta que el diagnóstico en el año 1976 se hizo por los síntomas que presentaban estos pacientes, pero sin seguir una clasificación diagnóstica determinada, a diferencia del año 1989 en el cual el diagnóstico se ha hecho en base a los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en el ICE-9 (3).

Las variables socio-demográficas recogidas han sido: la edad, el sexo, el número de hermanos, el lugar que ocupa el paciente dentro de la fratría, los antecedentes psiquiátricos familiares y las circunstancias familiares especiales.

Solamente se han valorado para este trabajo los síntomas que han constituido el motivo de la consulta, sin profundizar en el cuadro clínico completo presentado por estos niños.

Para valorar el nivel intelectual se ha utilizado el test de matrices progresivas de Raven (14). En algunos niños menores de 7 años se han recogido los niveles de desarrollo psicomotor por medio de la escala de desarrollo de Brunet-Lezine (2).

Se aplicaron otros tests proyectivos y cuestionarios, cuyos resultados eludiremos en la presente comunicación.

El trabajo se ha centrado en la valoración de los tratamientos farmacológicos empleados en estos niños, estudiando comparativamente

los fármacos prescritos en el año 1976 y en el 1989; analizando las dosis medias de cada uno de estos fármacos, y la evolución al mes, a los tres meses y a los seis meses, en aquellos casos en los que se ha podido recoger el seguimiento a lo largo de este plazo de tiempo.

RESULTADOS

De los datos epidemiológicos obtenidos en la revisión de las historias clínicas de estos niños, tenemos en primer lugar la **edad**. En el año 1976 el rango de edad es de 5 a 18 años, siendo un 13,33% los niños por debajo de 8 años y predominando los 16 años con un 23,33% y los 17 años con un 16,67%. En el año 1989 el rango va de 8 a 18 años; las edades que encontramos más frecuentemente son los 9 y los 15 años con un 14,58% cada uno.

Considerando como escolares los niños hasta los 12 años, y como adolescentes los niños a partir de 13 años, vemos que en el año 1976 hay un predominio de adolescentes, con un 63,33%, frente a escolares con un 36,67%, mientras que en 1989 existe un ligero predominio de escolares, 52,08% frente a adolescentes con un 47,92%. Estos datos podrían sugerir que hace trece años había una mayor resistencia al diagnóstico de depresión en edades más tempranas, y que el diagnóstico de depresión resulta más fácil en adolescentes por ser los síntomas más parecidos a los del adulto.

En cuanto al sexo también existen diferencias; en el año 1976 eran más frecuentes los diagnósticos de depresión en varones, 63,33% mientras que en el año 1989 son más frecuentes en mujeres, un 66,67%.

En ambos años existe un ligero predominio del mayor de la **fratría**, encontrando en el año 1989 una mayoría de familias con dos hermanos, y en 1976 un reparto mayor en cuanto a números de hermanos; hay que valorar el descenso de la natalidad en los últimos años, lo que se comprueba en la Tabla I, en donde se refleja un aumento de la proporción de hijos únicos en el año 1989, y una disminución en el caso de niños que se encuentran entre varios hermanos, comparando estos datos con

TABLA I

Fratría	Mayor	Menor	Entre varios	Unico	No se sabe
% 76	36,67	23,33	26,67	3,33	10,00
% 89	43,75	35,42	14,58	6,25	0,00

TABLA II

N.º hermanos	1	2	3	4	>4	Descon.
% 76	2,1	26,7	23,3	13,3	26,7	6,7
% 89	6,3	50,0	22,9	16,7	4,2	0,0

los correspondientes al año 1976; a pesar de esto son también un porcentaje importante los casos con dos hermanos.

Con respecto al **motivo de consulta**, en 1976 en el grupo de escolares ocupa el primer lugar en frecuencia la tristeza, con un 36,36% y con el mismo porcentaje las cefaleas, encontrándose en tercer lugar los miedos, con un 18,18%, y las alteraciones del rendimiento escolar, con un 9,09%. Hay un grupo de otros síntomas que motivan la consulta como, asntenia o reacciones ansiosas.

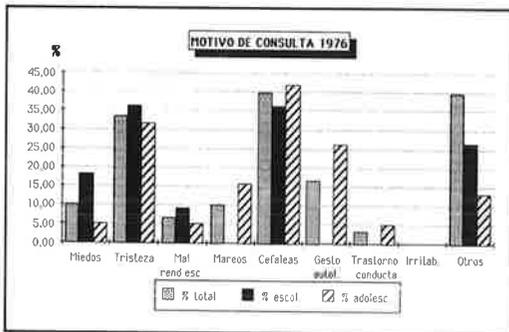


Fig. 1.

En el grupo de adolescentes de ese mismo año, el motivo de consulta más frecuente fueron las cefaleas con un 42,11%, en segundo lugar la tristeza, con un 31,58%, y en tercer lugar gestos autolesivos, 26,32%. En este caso en el grupo de otros síntomas encontramos varias crisis histéricas y en algún caso dificultad de relación.

En el año 1989, en el grupo de escolares, el motivo más frecuente de consulta fueron los trastornos de conducta, con un 36%, siguiendo

do la tristeza con un 28%, y tras ella las alteraciones del rendimiento escolar. Hay que destacar el alto porcentaje de otros síntomas (44%), en el que se incluyen somatizaciones como abdominalgias y síntomas de ansiedad. Las cefaleas sólo ocupan un 8%.

Este predominio de los trastornos de conducta como primer síntoma en 1989, sugiere que hace 13 años no se interpretaban éstos como un equivalente depresivo, quedando algunos casos de depresión sin diagnosticar.

En ese mismo año, en el grupo de adolescentes, el motivo más frecuente de consulta fue la tristeza, con un 56,52%, seguido por gestos autolesivos, en un 34,78%. Las conductas suicidas aparecen en la adolescencia con un incremento a lo largo de estos años, lo que coincide con numerosas observaciones sobre este tema. Las cefaleas que ocupaban el primer lugar, tanto en escolares como adolescentes, en el año 1976, prácticamente no aparecen en el año 1989.

El **rendimiento escolar** en 1976 se consideró bajo en un 40% y bueno sólo en un 13,3%; en un 33,3% no se hallaba reflejado este dato en las historias clínicas. En el año 1989 sigue predominando el mal rendimiento escolar, con un 43,8%, pero fue considerablemente mayor el porcentaje de buen rendimiento (37,5%), en comparación al otro año considerado.

Las dificultades escolares constituyen un síntoma de depresión fácilmente identificable, lo que se refleja en la detección, en ambos períodos de tiempo, de un porcentaje considerable de mal rendimiento escolar.

En cuanto al **nivel intelectual**, en el año 1976 un 40% de casos obtuvieron un percentil ma-

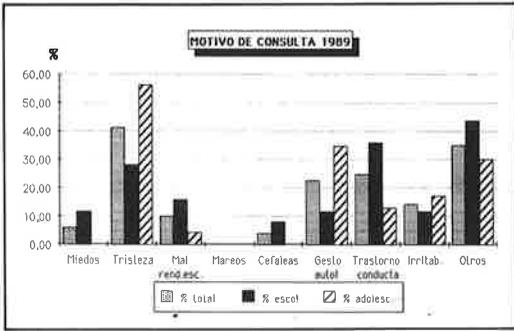


Fig. 2.

yor de 50, en un 23% no hay constancia de este dato; mientras que en 1989 un 52,1% se engloban entre los percentiles 75-100, seguido del 25% entre los percentiles 25-50, siendo solamente desconocido el nivel intelectual en un 2,1%.

En vista de los resultados obtenidos con relación al nivel intelectual, se desprende que las dificultades escolares en muchos casos no vienen justificadas por baja inteligencia, y confirmarían el trastorno depresivo.

Refiriéndonos a los **antecedentes familiares**, lo más destacable consiste en la no detección de antecedentes de depresión en los familiares de primer grado en el año 1976, teniendo en cuenta que no se detectaban todos los casos, existiendo en un 30% otros antecedentes psiquiátricos en familiares directos y en un 20% en familiares de segundo o tercer grado. Respecto al año 1989 aparecen un 18,8% de antecedentes psiquiátricos de depresión en familiares de primer grado y en un 22,9% otros antecedentes psiquiátricos; en otros familiares se han detectado cuadros depresivos en un 8,3%.

En estos datos llama la atención el bajo porcentaje de antecedentes de depresión tanto en familiares directos como en otros familiares

en ambos años considerados, lo que parece indicar una escasa incidencia de depresión endógena en niños y adolescentes. La presencia fundamentalmente de otros antecedentes psiquiátricos diversos, destacando el alcoholismo, daría lugar a una situación familiar conflictiva que podría influir en la etiología de depresiones reactivas en estas edades.

Entre las **circunstancias familiares** especiales, hay que consignar la presencia de algunos casos de separación conyugal (4 casos), abandono de los hijos (2 casos), padre fallecido (3 casos) y mala relación con el padre (3 casos). Todo ello considerado del total de las historias clínicas revisadas.

En algunos de estos pacientes se detectan **antecedentes personales** que en orden decreciente corresponderían a enuresis, terrores nocturnos y rasgos de timidez y baja sociabilidad.

En relación al **diagnóstico** final es importante destacar que el grupo de niños que corresponden al año 1976 se han incluido dentro del diagnóstico general de «depresión», sin especificar el tipo de depresión y sin acudir a ninguna clasificación diagnóstica para incluirlos en este grupo. En el año 1989 los diagnósticos se han hecho siguiendo la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, CIE-9, encontrando que la mayoría de estos pacientes han sido diagnosticados de reacción depresiva prolongada (309,1), esto indica un período largo de tiempo hasta que el paciente acude a la consulta, lo que puede atribuirse a la no detección por parte de los padres o del colegio de estos síntomas, a la dificultad de los niños para expresar su estado de ánimo, y también a que previamente acuden muchas veces al pediatra o médico de cabecera, los cuales intentan paliar la situación con vitaminoterapia y similares, antes de

TABLA III

Ant. fam.	Dep. fam. dir.	Alc. fam. dir.	Ot. fam. dir.	Dep. fam. lej.	Alc. fam. lej.	Ot. fam. lej.
% 1976	0,0	3,3	30,0	0,0	0,0	20,0
% 1989	18,8	4,2	22,9	8,3	6,3	14,6

acudir a la terapéutica específica con antidepresivos. Este dato está en concordancia asimismo con la valoración de Domenech y Polaino (4), en el sentido de que los padres suelen percibir tarde y mal la enfermedad de sus hijos, quedando probablemente sin acudir a la consulta de psiquiatría muchos casos de depresiones infantiles.

A continuación, pero con gran diferencia de porcentaje, encontramos casos de reacción depresiva breve (309,0) y de reacción de adaptación con predominio de otras alteraciones emocionales (309,2), del tipo de ansiedad, temor, preocupación, etc.; reacciones de adaptación mixtas (309,4) aparecen en un 4,2%; el resto de los niños se reparten entre otros tipos de reacciones de adaptación y los distintos tipos de trastornos emocionales específicos de la infancia. En un 10,4% de los pacientes existe otro diagnóstico concomitante con los anteriores como tics, trastornos de conducta, etc.

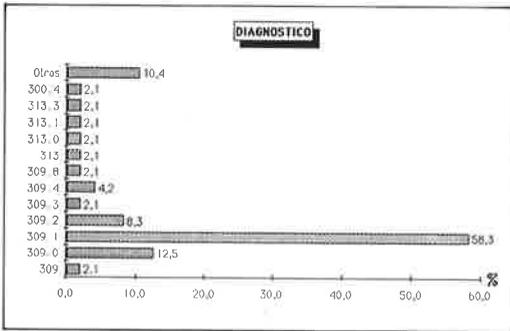


Fig. 3.

En los **tratamientos** recibidos por estos niños, destaca, en cuanto a fármacos exclusivamente antidepresivos, la utilización únicamente de tres fármacos: imipramina, clorimipramina y mianserina. Contrastando los grupos de niños en los dos años estudiados vemos que en año 1976 el fármaco antidepresivo utilizado preferentemente era la imipramina, mientras que en 1989 se ha preferido la clorimipramina en cuanto a antidepresivo tricíclico, quizás por su mayor efecto ansiolítico frente a la imipramina; destaca el uso importante de

la mianserina en 1989, fundamentalmente en adolescentes. No se han utilizado otros fármacos antidepresivos en ninguno de los dos años.

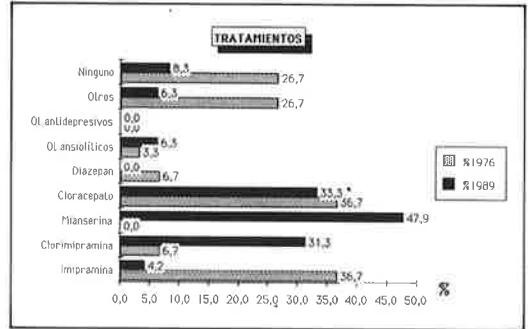


Fig. 4.

Como fármacos ansiolíticos prescritos solos o acompañando al tratamiento antidepresivo, se ha preferido en ambos años el cloracepato dipotásico; en algunos casos se ha utilizado diazepam u otros ansiolíticos diversos.

En 1976 se observa un uso importante de otros fármacos, lo que puede ser debido a la menor definición en el diagnóstico en este grupo de niños. Asimismo en 1976 no se utilizó ningún tratamiento farmacológico en un 26,7%, lo que parece indicar la prevención al uso de psicofármacos hace trece años, así como el mayor empleo de la psicoterapia y ludoterapia como tratamiento único, en comparación al año 1989. Esto refleja la controversia existente entre ambos tipos de terapia, a la que ya se ha hecho referencia en la introducción, y el progresivo decantamiento hacia el uso de psicofármacos, coincidiendo en este sentido con la experiencia de otros autores como Galiana (8), que apoya un abordaje multifactorial, dentro del cual es importante el tratamiento farmacológico.

En la gráfica de **dosis medias** prescritas en 1976, vemos el aumento progresivo de la dosis de imipramina en relación con la edad, hasta llegar a los 17-19 años en donde la dosis media es de 50 mg, coincidiendo con la dosis media de clorimipramina en estas edades.

Las dosis máximas de imipramina adminis-

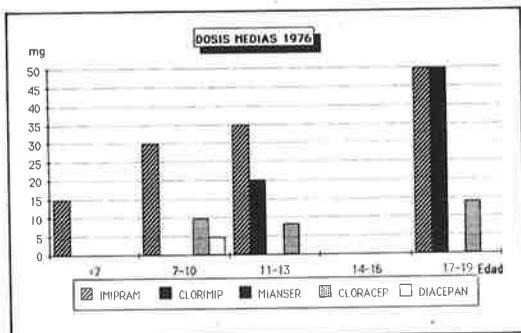


Fig. 5.

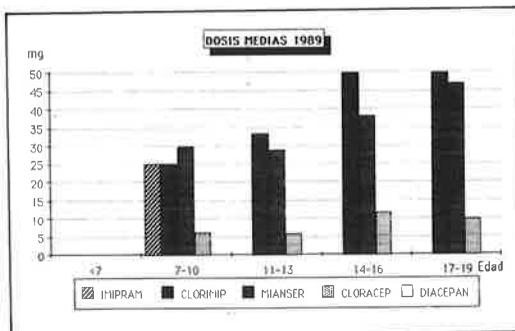


Fig. 6.

tradas en este período de tiempo fueron: en niños menores de 7 años, 20 mg. De 7 a 10 años, 50 mg. De 11 a 13 años, 50 mg; y de 17 a 19 años, 75 mg.

De la misma manera vemos el aumento progresivo de las dosis medias en relación con la edad en el año 1989, en este caso en el uso de la clorimipramina, utilizando ya dosis medias de 50 mg desde los 14 años; la imipramina se ha utilizado únicamente en el grupo de edad de 7-10 años, y observamos también el uso de la mianserina en dosis crecientes, hasta una dosis media de aproximadamente 47 mg en el grupo de mayor edad.

La dosificación máxima de clorimipramina en tratamientos realizados en 1989 fue: para niños de 8-10 años, 30 mg. De 11-13 años, 50 mg. De 14-16 años, 50 mg; y de 17-19 años, 50 mg. En el caso de la mianserina las dosis máximas utilizadas fueron: de 8-10 años, 30 mg. De 11-13 años, 45 mg. De 14-16 años, 60 mg; y de 17-19 años, 60 mg.

En algunos casos se han producido **cambios de tratamiento** en algún momento de la evolución de estos niños. Los cambios en el año 1989 fueron fundamentalmente a clorimipramina, en general asociada a cloracepato dipotásico, y en algún caso a imipramina o a mianserina; también se ha cambiado a otros fármacos diversos en un 12,5%. Sin embargo en 1976 los cambios producidos no han sido en ningún caso hacia fármacos antidepresivos, sino únicamente ansiolíticos u otros fármacos.

La **evolución** en general, del grupo de niños

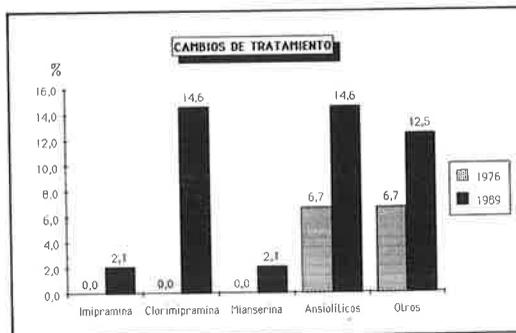


Fig. 7.

que corresponden a 1976 es, al mes de tratamiento, desconocida en la mitad de los casos, por no volver a la consulta al cabo de este mes o bien por no estar recogidos los datos de la evolución en la historia clínica; en un 33,3% la evolución es buena y en un 13,3% mala; la mejor respuesta se obtiene a los tres meses de tratamiento, con una evolución muy buena en un 23,3% y buena en un 13,3%. Dentro de los casos en los que se ha podido comprobar la evolución, se obtiene una buena respuesta con dosis medias, no altas. A los seis meses de tratamiento, los casos en los que continúa el control de la evolución se reparten entre una respuesta muy buena o mala fundamentalmente.

En 1989 la evolución al mes es buena en un 45,8%, y muy buena en un 14,6%, mala en un 27,1% y desconocida en un 12,5%, porcentaje este último mucho menor al de 1976. A los tres meses la respuesta es muy buena en un 35,4% y buena en un 22,9%, existiendo

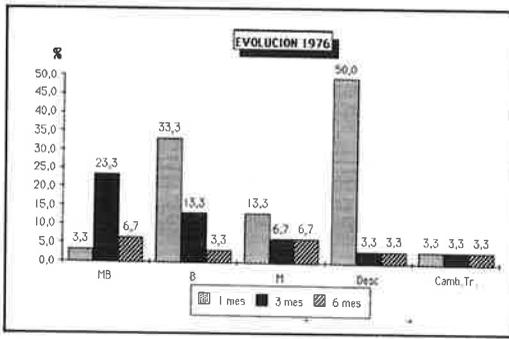


Fig. 8.

aún un 25% en que es claramente mala, y destacando en este caso como, en un 16,7%, se cambia el tratamiento. A los seis meses los casos se reparten entre evolución muy buena y buena, dejando de venir a la consulta un 14,6% de pacientes, en los que la evolución es desconocida. Se observa que los cambios de tratamiento se efectuaron tras un plazo correcto de espera, y se confirma nuevamente la buena respuesta con dosis no elevadas.

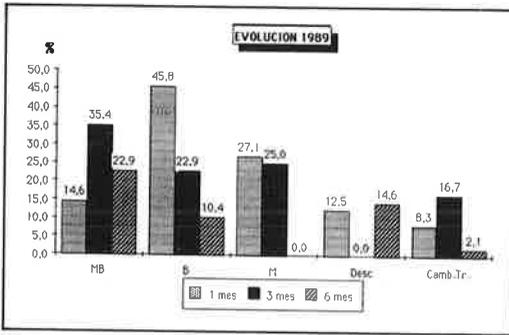


Fig. 9.

Deteniéndonos en la evolución con cada uno de los fármacos prescritos, tenemos en primer lugar la evolución al mes en 1976; en los casos en que fueron empleados antidepresivos como tratamiento farmacológico, aproximadamente en la mitad de los tratados con clorimipramina, y en más del 30% tratados con imipramina la respuesta fue buena. Esta evolución positiva se confirma a los tres meses recogiéndose una evolución muy buena o buena, tanto con clorimipramina, como con imipramina.

En cuanto a la buena respuesta en los pacientes tratados con ansiolíticos o psicoterapia, hace plantear dudas diagnósticas en los casos considerados como depresión hace 13 años, e indica también el mayor componente de cuadros ansiosos.

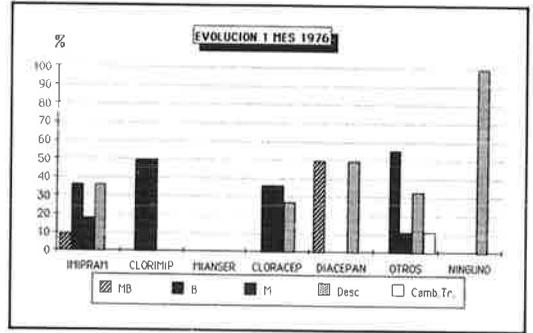


Fig. 10.

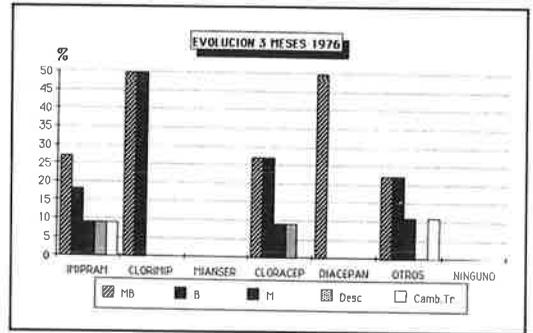


Fig. 11.

Hay que hacer la observación de que en 1976 la clorimipramina fue utilizada en muy pocos casos, por lo que los resultados en cuanto a la evolución aparecen influidos por este hecho, encontrando porcentajes siempre muy altos, ya que se hacen en relación a los casos en los que se ha utilizado ese fármaco. El mismo caso nos encontramos en el análisis de la evolución en 1989, en esta ocasión en relación a la imipramina.

En 1989 vemos como la evolución al mes de tratamiento es buena en todos los casos en los que se ha utilizado imipramina, teniendo en cuenta, como hemos resaltado antes, el escaso número de pacientes tratados con este fármaco. Refiriéndonos a los otros dos anti-

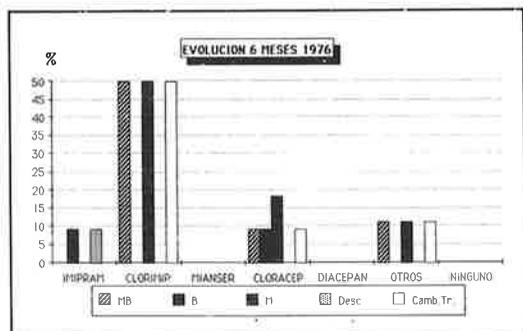


Fig. 12.

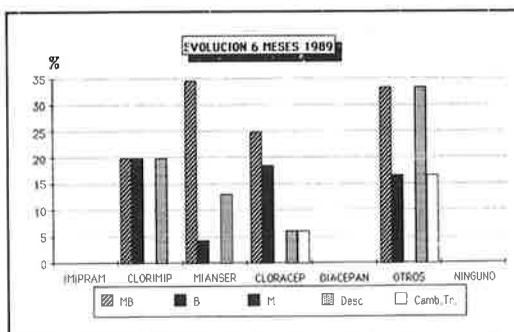


Fig. 15.

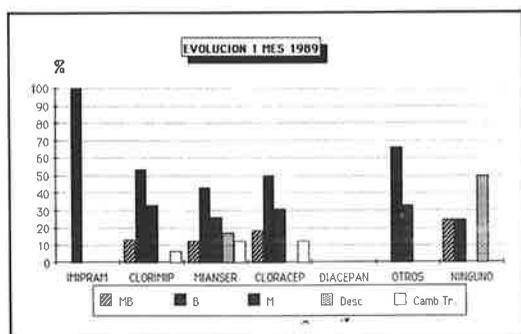


Fig. 13.

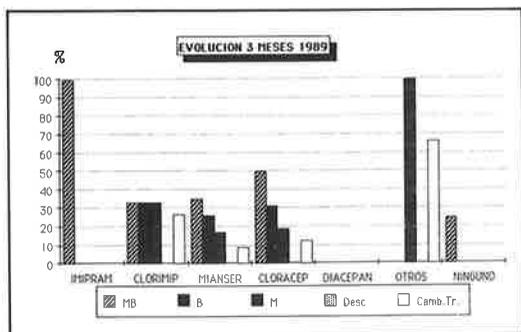


Fig. 14.

depresivos utilizados en este período de tiempo, es decir la clorimipramina y la mianserina, observamos que desde el primer mes existe una tendencia a dar una respuesta buena a ambos fármacos, lo que se confirma a los tres meses de tratamiento y se destaca todavía más a los seis meses con la mianserina.

A la vista de estos resultados se comprue-

ba la conveniencia de mantener el tratamiento, en algunos casos hasta seis meses, sobre todo en depresiones severas, ya que las mejores respuestas se obtienen a los tres y a los seis meses de evolución.

CONCLUSIONES

1. Tomando como referencia la edad y la sintomatología de dos grupos de pacientes diagnosticados de «depresión», con un intervalo de trece años, en nuestra consulta de Psiquiatría Infanto-juvenil, se confirma la evolución marcada por numerosos trabajos recientes sobre depresiones infantiles. Hasta hace pocos años se buscaban síntomas depresivos similares a los del adulto para confirmar este diagnóstico en la infancia. No obstante tres síntomas permanecen como indicadores válidos de depresión a lo largo de los años:

— la disminución del rendimiento escolar en los niños.

— las conductas autolesivas en los adolescentes.

— el abatimiento y la tristeza en ambos grupos de edades.

Los síntomas que en la actualidad valoramos como depresivos en muchos niños (la irritabilidad, el retraimiento, etc.), antes eran interpretados más como «trastornos de conducta».

2. Los antecedentes de «depresión» en los familiares de primer grado de nuestros pacien-

tes, se recogen en una baja proporción (18,8%), coincidiendo con la frecuencia del diagnóstico de «depresión endógena».

3. Más de la mitad de niños y adolescentes (58,3%) fueron diagnosticados de «reacción depresiva prolongada», lo que nos hace pensar en el tiempo transcurrido hasta que se nos ha traído al paciente a la consulta, bien porque el trastorno depresivo no ha sido detectado a tiempo por la familia o la escuela, o bien porque los agentes sanitarios que actúan en un primer nivel (pediatras, médicos generales, etc.) no han interpretado correctamente la sintomatología.

4. Hace trece años, en plena polémica «psicoterapia versus farmacoterapia», un 26,7% de pacientes deprimidos fueron tratados exclusivamente con psicoterapia, habiendo evolucionado hacia una posición más inclinada en la actualidad a utilizar la farmacoterapia como tratamiento fundamental, una vez que se ha perfilado bien el diagnóstico, reservando la psicoterapia como tratamiento coadyuvante o de refuerzo.

5. A lo largo de estos años, en cuanto al uso de antidepresivos se refiere, se ha tendido a emplear, en nuestra consulta, aquéllos que junto a la acción antidepresiva aporten un efecto ansiolítico. Es decir, del empleo casi exclusivo de la imipramina, hemos ido introduciendo progresivamente la clorimipramina y, sobre todo más recientemente, la mianserina, fundamentalmente en adolescentes, con resultados satisfactorios, y sin la posible aparición de efectos anticolinérgicos indeseables.

6. Las dosis empleadas, tanto de tricíclicos como de mianserina, no han sido especialmente altas, coincidiendo con posologías recomendadas por otros autores como Stack (16), Khun (10), Mouren y Dugas (5).

7. A pesar de que en el primer mes de tratamiento ya se recogen casos de respuesta positiva, es a los tres meses cuando se da un mayor porcentaje de evolución «buena» o «muy buena».

8. No se ha planteado el cambio de fármaco hasta transcurrido el primer trimestre de tratamiento sin obtener signos de mejoría evi-

dente, naturalmente siempre que la situación del paciente lo ha permitido.

9. Tanto con tricíclicos como con mianserina el tratamiento se ha mantenido durante un intervalo de tiempo alrededor de seis meses, coincidiendo con diversos autores en que esta pauta de actuación está justificada para evitar recaídas.

Bibliografía

1. AJURIAGUERRA, J.: Manual de psiquiatría infantil. Ed. Masson. Barcelona-México. 1983.
2. BRUNET-LEZINE: Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia. Ed. M.E.P.S.A. Madrid.
3. CIE-9, Clasificación Internacional de las Enfermedades. Organización Mundial de la Salud.
4. DOMENECH LLABERIA, E., POLAINO LORENTE, A.: Investigación epidemiológica de la depresión infantil en España. Revista de Neuropsiquiatría Infanto-juvenil. N.º 11, pág. 57-69. Año 1988.
5. DUGAS; MOUREN: Tratamiento de las depresiones en la infancia y adolescencia con una molécula no tricíclica: mianserina. Revista de Neuropsiquiatría Infantil. N.º 3. Vol. II, pág. 11-16. Año 1984.
6. FREUD, S.: Duelo y melancolía. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 1973.
7. FROMMER, E.A.: Afecciones depresivas en la infancia. Hexágono «Roche» 3. N.º 2, 1-5. 1980.
8. GALIANA, J., GIL, M.: Problemas metodológicos en la evaluación de psicofármacos en la infancia. Revista de Neuropsiquiatría infantil. N.º 8. Vol. II, pág. 21-25. Año 1986.
9. KANNER, L.: Psiquiatría infantil. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1971.
10. KHUN, R.: Über kindliche depressionen und ihre behandlung. Schweiz. Med. Wschr. 93, 86-90. 1963.
11. MIDENET, M., FAVRE, J.P.: Manual práctico de psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson. Barcelona 1976.
12. MURRAY: TAT, Técnicas prospectivas (Test de Apercepción). Ed. T.E.A. Madrid 1981.
13. NISSEN, G.: Depresiones en la infancia y la adolescencia. Triángulo. Vol. 21. N.º 2/3. 1983.
14. RAVEN, J.C.: Matrices progresivas. Ed. M.E.P.S.A. Madrid 1956.
15. RORSCHACH, H. Psicodiagnóstico. Ed. Paidós. Buenos Aires 1969.
16. STACK: Citado por DUGAS, M. en Las troubles de l'umer chez l'enfant de moins de 13 ans. Ed. Presses universitaires de France. Paris 1980.
17. STUTTE, H.: Kinderpsychiatrie und jugendpsychiatrie. E. Springer. Berlín 1960.
18. TRAMER, M.: Lehrbuch der allgemeinen kinderpsychiatrie. Ed. Schwabe. Berlín 1964.