

# Ansiedad y depresión en niños y adolescentes

**P. Sánchez Mascaraque<sup>(1)</sup>, Daniel S. Cohen<sup>(2)</sup>.** <sup>(1)</sup>Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental de Coslada. Hospital Universitario del Henares. Madrid. <sup>(2)</sup>MIR Psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia.

**Fecha de recepción:** 14 de febrero 2020

**Fecha de publicación:** 28 de febrero 2020

Adolescere 2020; VIII (1): 16-27

## Resumen

Los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos tienen una considerable prevalencia en la infancia y la adolescencia, siendo la edad un factor determinante en la expresión clínica de ambos trastornos. El miedo, la tristeza y la irritabilidad son síntomas diana que nos deben de hacer sospechar su existencia. En este capítulo se va a revisar la etiología, epidemiología, clínica, diagnóstico, prevención y tratamiento de ambos trastornos. El pediatra es clave en su detección precoz para garantizar su correcto tratamiento.

**Palabras clave:** *Trastornos de ansiedad; Depresión; Adolescentes.*

## Abstract

Anxiety and affective disorders are very prevalent during childhood and adolescence, and age is decisive in the clinical expression of both disorders. Fear, sadness and irritability are target symptoms that should alert us of their existence. This review will focus on the aetiology, epidemiology, symptoms, diagnosis, prevention and treatment of both disorders. The paediatrician is key in the early detection of these so as to ensure proper treatment.

**Key words:** *Anxiety disorders; Depression; Teenagers.*

## Ansiedad en la infancia y adolescencia

### Introducción

La ansiedad es una de las formas más frecuentes de psicopatología en la infancia y adolescencia, presentando tasas de prevalencia entre un 10 y un 20%, por encima de la depresión y de los trastornos de la conducta. Sin embargo, en muchas ocasiones no es diagnosticada ni tratada. Los trastornos de ansiedad a menudo se inician en la infancia y la adolescencia y son progresivos, persistentes y crónicos o de curso recurrente. El diagnóstico precoz y su tratamiento puede reducir el impacto en la vida del adolescente, académica, social y familiar y prevenir la persistencia de un trastorno de ansiedad en la vida adulta<sup>(1,2,3)</sup>.

La ansiedad se puede equiparar al miedo. Los miedos y las preocupaciones son normales en la infancia, tienen un carácter evolutivo, preparan al niño a afrontar situaciones que pueden entrañar un peligro y a los cambios. Estos miedos van cambiando con la edad, los niños pequeños se asustan con la oscuridad, los ruidos, la presencia de extraños, los monstruos. En la edad escolar aparecen miedos a fenómenos naturales y a la enfermedad y en la adolescencia predomina el miedo al fracaso académico, la competencia escolar y las cuestiones de salud.

La ansiedad aparece cuando existe un peligro inmediato real o imaginario. Tiene carácter adaptativo y es necesaria para la supervivencia, se hace patológica cuando es desproporcionada frente a la realidad ambiental o si aparece sin ningún factor que la justifique.

**Los trastornos de ansiedad a menudo se inician en la infancia y la adolescencia y son progresivos, persistentes y crónicos o de curso recurrente**

La ansiedad se puede desencadenar por factores externos o internos (recuerdos, imágenes, ideas, deseos). Se manifiesta con síntomas neurovegetativos (inquietud psicomotriz, taquicardia, piloerección, sudoración...), cognitivos (miedo, preocupación) y conductuales, siendo la inhibición la respuesta más típica en los trastornos de ansiedad.

La adolescencia es una etapa de la vida de cambios y retos evolutivos, cambios físicos, elección de estudios, realización de la selectividad como acontecimiento especialmente estresante, inicio de la vida laboral, necesidad de la aceptación e integración al grupo de sus iguales, inicio de relaciones afectivas de pareja, etc. A veces estos cambios tan importantes en la vida precipitan ansiedad en adolescentes vulnerables, pudiendo desencadenar patología.

Es relevante en pediatría el hecho de que los trastornos somatomorfos, el dolor abdominal, las cefaleas y los dolores crónicos sin patología física identificable, se asocian hasta en un 20% con un trastorno de ansiedad comórbido. Su diagnóstico puede evitar realizar pruebas complementarias innecesarias y tratamientos yatrogénicos.

Siguiendo la clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM5)<sup>(4)</sup> los trastornos de ansiedad más habituales en la infancia son, el Trastorno por Ansiedad de Separación (TAS), el Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG), la Fobia social y las Fobias específicas.

En los trastornos de ansiedad es frecuente la comorbilidad, en especial con otro trastorno de ansiedad y con depresión.

En esta revisión se abordará la neurobiología, epidemiología, clínica, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, el pronóstico y evolución en la edad adulta y aspectos preventivos.

## Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes y los de aparición más precoz. En niños, las fobias específicas que tienden a desaparecer espontáneamente son las responsables de esta alta prevalencia. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en niñas que en niños, diferencia acentuada en la adolescencia con una prevalencia 3:1 en chicas. En la adolescencia debutan la Fobia Social y los Ataques de Pánico. Entre un 6-20% de los niños y adolescentes tienen un trastorno de ansiedad. Cuando un niño tiene un trastorno por ansiedad, puede persistir hasta la edad adulta y cambiar su expresión clínica, por ejemplo, un trastorno por ansiedad de separación evolucionar a un trastorno por ansiedad generalizada, o bien coexistir con otros trastornos como la depresión o el consumo de sustancias.

La prevalencia aproximada de cada trastorno es: ansiedad de separación 4%; trastorno por ansiedad generalizada 3-4%; fobias específicas 4%; fobia social 1%; ataques de pánico 0,6%.

## Clínica

Las manifestaciones clínicas varían en función de la edad y del desarrollo cognitivo de cada niño, así como el tipo de miedos o preocupaciones, pudiendo destacar:

- En los bebés: llanto, irritabilidad, hipertonía muscular, vómitos, hiperventilación, espasmos de sollozo.
- En la edad escolar: miedos, síntomas somáticos (dolor abdominal, cefaleas), irritabilidad, alteración de conducta (inquietud, desobediencia, rabietas), problemas de memoria, atención y concentración, problemas relacionados con el sueño (insomnio, pesadillas), rituales.
- En la adolescencia: irritabilidad, mareo, dolor torácico, insomnio, fatiga, y miedos sociales. Es la etapa del desarrollo que aparecen los síntomas de *despersonalización* y *desrealización*. La despersonalización es un sentimiento de extrañeza hacia el propio yo, como si el adolescente se sintiera vacío. En la desrealización el mundo circundante se percibe como si no existiera, como si no fuera real ni tuviera vida.

A continuación, se describe la clínica de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia:

### A. Trastorno por ansiedad de separación

En este caso el miedo es excesivo o inadecuado para el nivel de desarrollo del niño concerniente a la separación de sus figuras de apego, puesto de manifiesto en al menos 3 de las siguientes circunstancias y con una duración de al menos 4 semanas:

**La ansiedad se manifiesta con síntomas neurovegetativos, cognitivos y conductuales, siendo la inhibición la respuesta más típica**

**Las manifestaciones clínicas en la adolescencia son: irritabilidad, mareo, dolor torácico, insomnio, fatiga y miedos sociales**

- Malestar al separarse de su hogar o figuras de apego
- Preocupación por su posible pérdida
- Preocupación por si les pasa algún acontecimiento adverso
- Resistencia a salir lejos de casa: colegio, cumpleaños
- Miedo a estar solos
- Rechazo a dormir fuera de casa
- Síntomas físicos ante la separación

### B. Trastorno por ansiedad generalizada

- Preocupación exagerada ante la vida en general
- Múltiples miedos sin base real que afectan a diversas facetas de la vida
- La ansiedad se manifiesta ante situaciones presentes, pasadas y posibles acontecimientos futuros
- Este afrontamiento ansioso de la realidad se acompaña de un sentimiento de inseguridad e ineptitud
- Son comunes las quejas somáticas
- Estado permanente de nerviosismo y tensión

### C. Fobia Simple

Consiste en la presencia de un miedo irreprimible, persistente y difícil de vencer ante un estímulo o situación en concreto y que solo aparece en presencia de ese estímulo. Ese miedo se ve como irracional, aunque en los niños no siempre es así. Debe producir un intenso malestar y limitar el desarrollo de una vida normal.

**En la fobia simple hay un miedo persistente y difícil de vencer ante un estímulo o situación en concreto, y sólo aparece en presencia de ese estímulo**

### D. Fobia Social

Es cuando hay un miedo o ansiedad intensa ante situaciones sociales en las que la persona se expone al escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por parte de los demás. La edad media de aparición son los 13 años. La clínica suele ser:

- Conductas evitativas: ante reuniones sociales, hablar o comer en público
- Rubor, sudoración, temblor, tartamudez y sentimientos de ridículo en situaciones sociales

### E. Mutismo Selectivo

Es cuando hay un fracaso constante de hablar en público en situaciones sociales específicas, en las que existe expectativas por hablar, a pesar de hacerlo en otras situaciones. La alteración interfiere en los logros educativos o en la comunicación social y debe durar al menos un mes.

### F. Ataque de pánico

El niño o adolescente presentará un ataque imprevisto de miedo o malestar en minutos y con al menos 4 de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, dificultad para respirar, mareo, escalofríos, calor, parestesias, sensación de ahogo, dolor torácico, náuseas, dolor abdominal, despersonalización, desrealización, miedo a perder el control, o a morir. Al menos uno de los ataques se ha seguido de un mes o más de preocupación acerca de tener otro ataque o conductas evitativas en relación a los ataques.

### G. Agorafobia

Miedo al menos a dos de las siguientes circunstancias:

- Uso del transporte público
- Estar en espacios abiertos
- Estar en sitios cerrados
- Hacer cola o estar en medio de una multitud
- Estar solo fuera de casa

Evitan estas situaciones por miedo a no poder escapar o recibir ayuda si se tiene un ataque. Debe durar al menos seis meses.

## Comorbilidades

La comorbilidad en los trastornos de ansiedad es muy frecuente y a veces infradiagnosticada. Sin embargo, agrava la sintomatología, incrementa el deterioro académico y laboral, y condiciona una mala respuesta al tratamiento, por lo que son importantes tanto su prevención como su diagnóstico precoz, a veces difícil por el solapamiento de los síntomas. Los trastornos comórbidos se benefician de un tratamiento específico concomitante.

Pueden presentarse de manera transversal, si ocurren varios trastornos en un periodo corto de tiempo, o bien longitudinal, cuando estos trastornos se van desarrollando en un periodo de tiempo más prolongado. Las comorbilidades más frecuentes son:

- Con otro trastorno de ansiedad, 50%
- Depresión, 33%. La depresión mayor se asocia a trastornos de ansiedad severos, los síntomas de ansiedad suelen preceder a la aparición de los síntomas depresivos
- Trastorno por síntomas somáticos
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), 20-40%
- Trastorno por abuso de sustancias. El tratamiento de la ansiedad ha demostrado acompañarse de una disminución en el consumo de sustancias, y de los problemas derivados de ello a largo plazo
- Trastorno del sueño, hasta en un 90%

**En los trastornos de ansiedad la comorbilidad es muy frecuente y a veces infradiagnosticada. Es importante su prevención y diagnóstico precoz**

## Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico y se realiza siguiendo los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales: CIE 11 y DSM 5. Existen escalas clínicas que pueden ayudar a la orientación del caso, siendo una de las más utilizadas la escala STAI estado y rasgo (la primera, cuantifica la clínica actual de ansiedad y la segunda, el temperamento ansioso). También es útil el cuestionario CBCL que discrimina síntomas internalizantes y las entrevistas semiestructuradas.

## Prevención

El pediatra está en una situación privilegiada para la prevención de estos trastornos que se basa en la identificación de los factores de riesgo ya descritos para poder hacer un diagnóstico precoz. Los miedos exagerados e inadecuados a la edad del niño, las preocupaciones exageradas y las conductas evitativas deben hacer sospechar patología que ya precisa tratamiento. Son factores de riesgo, los antecedentes personales o familiares de ansiedad, la presencia de acontecimientos vitales estresantes, ser chica, tener una enfermedad médica crónica y la timidez e inhibición del comportamiento. Una vez diagnosticados, su correcto tratamiento evitará su cronicidad e impacto negativo en la vida del niño.

## Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad requiere de una aproximación multimodal y de un enfoque terapéutico global, con el objetivo de disminuir la sintomatología, evitar complicaciones a largo plazo, prevenir la aparición de comorbilidad psiquiátrica y el desarrollo de trastornos depresivos y ansiosos en la edad adulta.

La primera intervención es la psicoeducación del niño y sus padres sobre la ansiedad. Los tratamientos eficaces son la psicoterapia (cognitivo-conductual) y el tratamiento farmacológico (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: ISRS). La elección del tratamiento debe tener en cuenta: la gravedad del trastorno, el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad, el tiempo de evolución, presencia de comorbilidades, edad y grado de desarrollo del niño (cuanto más pequeño más se debe intervenir con los padres), características familiares y sociales, tratamientos previos ineficaces, recursos disponibles.

**La primera intervención en los trastornos de ansiedad es la psicoeducación del niño y de sus padres, siendo los tratamientos más eficaces la psicoterapia y el tratamiento farmacológico**

**El tratamiento de primera elección en la ansiedad es la psicoterapia cognitivo-conductual y la segunda la farmacológica en niños a partir de los 6 años, con síntomas moderados o graves y si ha fracasado la psicoterapia**

El tratamiento de primera elección es la psicoterapia y la segunda la farmacológica en niños a partir de los 6 años, con síntomas moderados o graves y si ha fracasado la psicoterapia. La **terapia cognitivo-conductual** (TCC) es el método de psicoterapia con mayor evidencia científica en ensayos controlados randomizados para el tratamiento de trastornos de ansiedad<sup>(5)</sup>.

El **tratamiento farmacológico** de elección para los trastornos de ansiedad son los ISRS. A pesar de que no están aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de la ansiedad, numerosos estudios demuestran su eficacia y tolerabilidad<sup>(6,7)</sup>. Los ISRS cuya eficacia ha sido demostrada superior al placebo son:

- Fluoxetina (10-30 mg/día)
- Sertralina (25-50 mg/día)
- Citalopram (10-40 mg/día)
- Escitalopram (5-20 mg/día)
- Paroxetina (5-60 mg/día)
- Fluvoxamina (50-250 mg/día)

La edad recomendada es por encima de los 7 años para la fluoxetina, de los 6 para la sertralina, de los 8 para la fluvoxamina y de los 12 para el escitalopram. Para el resto no hay estudios suficientes que recomienden edad de inicio de tratamiento.

También son eficaces en el tratamiento de la ansiedad algunos antidepresivos duales como la venlafaxina (37,5-150 mg/ día), la duloxetina (30-60 mg/ día) y la mirtazapina (15-30 mg/ día), indicados sólo en adolescentes y fuera de ficha técnica.

En relación al uso de benzodiazepinas, no están aprobadas por la FDA en población pediátrica, sin embargo, se usan con frecuencia en adolescentes con síntomas de ansiedad graves. Se deben limitar a indicaciones en situaciones puntuales o en el inicio del tratamiento con ISRS hasta que estos hagan efecto. Son de elección las de vida media larga, clorazepato, diazepam o lorazepam. Están contraindicadas en adolescentes con abuso de sustancias.

## Depresión en niños y adolescentes

### Introducción

La depresión en la infancia y adolescencia es una de las enfermedades mentales más prevalentes, que además conlleva una gran afectación a nivel funcional. Se estima que hasta un 20% de los jóvenes de 18 años habrá sufrido en su vida al menos un episodio depresivo clínicamente relevante<sup>(8,15)</sup>.

La depresión en la adolescencia se asocia a abuso de sustancias, agresividad, trastornos de conducta alimentaria, riesgo de desarrollar trastorno bipolar y es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes (que es la segunda causa de muerte en España en jóvenes de entre 15 y 19 años)<sup>(9,10)</sup>.

Es importante destacar que el hecho de sufrir un episodio depresivo en la infancia y la adolescencia influye de forma negativa en el rendimiento escolar, crecimiento y relaciones sociales.

El diagnóstico de depresión en la infancia y adolescencia es complejo, ya que los síntomas son diferentes a los manifestados en la vida adulta, y aunque existen múltiples instrumentos y escalas para su evaluación, éstos sólo sirven de apoyo, siendo el diagnóstico clínico.

Debido a su prevalencia e impacto, además de su asociación con el suicidio, es importante conocer, diagnosticar y tratar esta patología de forma temprana en niños y adolescentes.

### Epidemiología

Es muy difícil conocer con exactitud la prevalencia de la depresión en niños y adolescentes, debido principalmente a que existen diferencias en la definición de episodio depresivo y al uso de diferentes instrumentos de medida. Es importante saber que, para la realización de estudios de prevalencia, el diagnóstico de depresión se efectúa según las diferentes escalas de medida. Así, se obtienen datos objetivos, pero en ocasiones pueden incluir falsos positivos.

**Sufrir un episodio depresivo en la infancia y la adolescencia influye de forma negativa en el rendimiento escolar, crecimiento y relaciones sociales**

En España, se han elaborado estudios durante los últimos años para evaluar la prevalencia de depresión en adolescentes (Tabla I).

Además, el hecho de presentar síntomas depresivos previos a la adolescencia (7-12 años) es un factor predictivo de padecer un episodio depresivo durante la misma<sup>(11)</sup>.

En la preadolescencia, la prevalencia de depresión es del 0,5-2%, aunque algunos autores piensan que estas cifras podrían ser inferiores a la prevalencia real, ya que consideran que se debería incluir a los pacientes que presenten síntomas depresivos (sin cumplir los criterios de Episodio Depresivo Mayor) y deterioro funcional<sup>(12)</sup>.

La prevalencia de depresión aumenta con la edad. En cuanto al sexo, durante la infancia no hay diferencias e incluso algunos autores señalan que podría ser superior en niños, mientras que en adolescencia la prevalencia es mayor en las mujeres (2:1)<sup>(13)</sup>.

## Clínica

La depresión mayor se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predominan un conjunto de síntomas de tipo afectivo (desesperanza, apatía, tristeza, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar y anhedonia), que habitualmente se acompañan de síntomas físicos, volitivos y cognitivos. Así, no sólo se afecta la esfera afectiva del individuo, sino que se aprecia una repercusión en el funcionamiento global del paciente<sup>(14)</sup>.

La clínica de la depresión mayor varía según la edad del niño. En los niños de entre 3 y 6 años, la manifestación más frecuente es la tristeza y las alteraciones del apetito y del sueño, mientras que el síntoma más específico es la anhedonia (incapacidad para disfrutar)<sup>(16,17)</sup>. En los pacientes preescolares con depresión son muy frecuentes las manifestaciones somáticas y los juegos violentos, que deben de hacer sospechar de la existencia de una alteración del estado del ánimo.

En los niños en edad escolar (7-13 años), los síntomas predominantes son la irritabilidad, agresividad, apatía, tristeza, bajo rendimiento escolar y empeoramiento de las relaciones con familia e iguales.

En los adolescentes, los síntomas son similares a los de la época escolar, aunque también pueden aparecer conductas disociales como abuso de tóxicos y agresividad. En este grupo es donde se manifiesta con más frecuencia la ideación y los intentos autolíticos. La mayoría de los episodios depresivos en adolescentes duran 7-9 meses, aunque en algunas ocasiones se puede cronificar, apreciándose en esos casos episodios de remisión y recurrencias<sup>(14)</sup>.

En niños y adolescentes con depresión coexisten en muchas ocasiones síntomas ansiosos y manifestaciones somáticas. Debido a ello, es especialmente importante prestar atención a los síntomas "inexplicables" de tipo somático que presentan pruebas complementarias normales (cefaleas, dolores musculares, cansancio, dolor abdominal, parálisis, etc.), y que en muchas ocasiones camuflan un trastorno depresivo o ansioso<sup>(18)</sup>. En estos casos, el verdadero reto para el pediatra es saber cuándo parar de realizar pruebas complementarias. Asimismo, es fundamental evitar hospitalizaciones innecesarias y poder sugerir a la familia la presencia de un trastorno del estado de ánimo subyacente sin perder la buena relación con el entorno del paciente<sup>(18)</sup> (Tabla II).

## Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de depresión mayor, debemos realizar de forma adecuada la entrevista clínica y exploración psicopatológica, usando los cuestionarios como método de cribado y de apoyo.

Es importante adaptar la entrevista clínica a la edad del niño, usando técnicas verbales y no verbales, en especial en la primera infancia, donde es más complicado establecer una comunicación fluida en la que el niño exprese sus ideas adecuadamente.

Además, para completar la entrevista y la exploración, debemos apoyarnos en la información proporcionada por los padres y por el centro escolar.

**La prevalencia de depresión aumenta con la edad. En cuanto al sexo, durante la infancia no hay diferencias e incluso algunos autores señalan que podría ser superior en varones, mientras que en adolescencia es mayor en las mujeres (2:1)**

**La irritabilidad, agresividad, apatía, tristeza, bajo rendimiento escolar y empeoramiento de las relaciones sociales con la familia, son los síntomas predominantes en la edad escolar y adolescencia**

**El diagnóstico de depresión en la infancia sigue los mismos criterios diagnósticos que en la edad adulta establecidos en el CIE-10 y DSM-5**

## Criterios diagnósticos

El diagnóstico de depresión en la infancia sigue los mismos criterios diagnósticos que en la edad adulta establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5).

Para realizar el diagnóstico de depresión mayor según la CIE-10, se establece que el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y deben de estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- Ánimo depresivo.
- Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia).
- Aumento de la fatigabilidad.

Estos criterios diagnósticos están orientados más hacia los adultos, por lo que, especialmente en niños pequeños y escolares, debemos aprender a explorar los síntomas nucleares de forma adaptada a la edad<sup>(19)</sup>.

Es importante saber que en los niños, el humor puede ser triste o irritable, y que en ocasiones, no son capaces de expresarlo verbalmente, por lo que cobra gran importancia el contacto, la entrevista clínica y la exploración psicopatológica que nos permita evidenciar signos de un trastorno del estado de ánimo. Para explorar la anhedonia, es importante preguntar a los niños por actividades que hayan dejado de realizar por incapacidad de disfrutar con ellas (juegos, actividades de ocio), cuando previamente sí lo hacían, e incidir en si existe falta de juego con iguales, o rechazo al colegio, que pueden ser una expresión de síntomas de fatiga.

El DSM-5 también establece como criterio fundamental la presencia de sintomatología durante dos semanas consecutivas, en las que tienen que estar presentes 5 síntomas, y uno de ellos ser obligatoriamente un estado de ánimo depresivo o la anhedonia<sup>(4)</sup>. Además, dividen el trastorno depresivo mayor en leve, moderado o grave, con posibilidad de especificar si existe remisión parcial o total<sup>(4)</sup>. (Tabla III)

## Prevención

En la depresión en niños y adolescentes se han identificado múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como ambientales. Asimismo, se han identificado factores protectores, que se exponen en la Tabla IV.

## Tratamiento

Se han realizado varios estudios para evaluar la eficacia del tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y el combinado, demostrándose este último como el más eficaz para tratar la depresión mayor en niños y adolescentes. Por tanto, el tratamiento de la depresión mayor debe realizarse mediante una combinación de abordaje farmacológico y psicoterapéutico.

La psicoterapia debe ser siempre la primera opción y la única en depresiones leves. En caso de depresiones moderadas graves se recomienda empezar por psicoterapia y si no hay respuesta a las 8-12 semanas, asociar un antidepresivo.

El único fármaco aprobado por las principales agencias reguladoras, y por tanto el fármaco de elección para el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes, es la fluoxetina, en pacientes a partir de 8 años<sup>(14,21)</sup>. La Agencia de Medicina Europea (EMA) lo incluye como único tratamiento mientras que la FDA también incluye el escitalopram para pacientes mayores de 12 años y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) avala el uso de nortriptilina a partir de los 6 años de edad.

La mirtazapina y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina y duloxetina) no han demostrado mayor eficacia al placebo en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes. Además, la venlafaxina ha mostrado un riesgo de eventos relacionados con el suicidio significativamente mayor que el placebo y que los ISRS, por lo que se debe restringir su uso a la población adulta y en casos de depresiones resistentes<sup>(14)</sup>.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, existen una gran variedad de terapias, siendo la terapia más frecuentemente utilizada la Cognitivo-Conductual (TCC), tanto en adultos (donde ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión)<sup>(20,21)</sup>, como en niños y adolescentes. En estos últimos, el procedimiento de la TCC se adapta a su edad, pudiéndose también usar diversos formatos de la misma: individual, grupal o familiar. Asimismo, existen también estudios de eficacia de la terapia interpersonal.

**En la depresión mayor el fármaco de elección, es la fluoxetina a partir de los 8 años de edad, y el tratamiento psicoterapéutico es el cognitivo-conductual**

## Conclusiones

- Los trastornos de ansiedad son los problemas psiquiátricos más prevalentes en la infancia y la adolescencia.
- Los miedos, las conductas evitativas y las preocupaciones excesivas ante la vida deben alertar al pediatra a la presencia de un trastorno de ansiedad.
- Los trastornos de ansiedad deben tratarse para evitar que persistan en la edad adulta.
- La base del tratamiento de los trastornos de ansiedad es animar a los niños y adolescentes a enfrentarse a sus miedos. Los padres son parte importante del tratamiento.
- El diagnóstico de depresión en la infancia y adolescencia es complejo, ya que los síntomas son diferentes a los manifestados en la vida adulta. Es importante que el pediatra esté alerta, especialmente ante la irritabilidad y anhedonia, para detectar precozmente un posible episodio depresivo.
- El diagnóstico de depresión es clínico y los cuestionarios sólo se deben usar como cribado y apoyo al diagnóstico.
- El tratamiento de un episodio depresivo mayor se basa en la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico.

## Tablas y figuras

Tabla I. Estudios de prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes en España

Estudio	Comunidad Autónoma	Edad	Cuestionario	% manifestaciones depresivas
Escriba et al. (2005)	Castilla la Mancha	12-16 años (N=389)	Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	1,8% grave
Fonseca-Pedrero et al. (2011)	Asturias	14-19 años (N=1683)	Reynolds Adolescent Depression Scale	2,5% grave
Ferrer-Tirado et al. (2013)	Cataluña	14 y 16 años (N=1326)	Beck Depression Inventory	9,4% moderada-grave (6,9% moderada y 2,5% grave; en ambas con el doble de frecuencia en chicas que en chicos)
Sanchís et al. (2014)	Navarra	14 y 18 años (N=1194)	Beck Depression Inventory	8,7% moderada-grave (5,9% moderada y 2,8% grave)
Jaureguizar et al. (2015)	País Vasco	12 y 16 años (N= 1285)	Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	3,8% grave

Fuente: Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.



Tabla II: Síntomas de depresión infantojuvenil según la edad

Estudio	Comunidad Autónoma
Edad preescolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Tristeza</li> <li>— Irritabilidad</li> <li>— Alteraciones del apetito y del sueño</li> <li>— Quejas somáticas</li> <li>— Abulia</li> <li>— Rabietas</li> <li>— Retraso en el desarrollo</li> <li>— <u>Comorbilidad</u>: TDAH, Trastorno negativista desafiante, encopresis, enuresis, ansiedad</li> </ul>
Edad escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>— <u>Esfera afectiva y conductual</u>: irritabilidad, agresividad, agitación, apatía, tristeza, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte</li> <li>— <u>Esfera cognitiva y actividad escolar</u>: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar y trastornos de conducta</li> <li>— <u>Esfera familiar</u>: conflictos, empeoramiento en las relaciones interpersonales</li> <li>— <u>Esfera somática</u>: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia)</li> <li>— <u>Comorbilidad</u>: TDAH, Trastorno negativista desafiante y ansiedad</li> </ul>
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Síntomas semejantes a los de la edad escolar</li> <li>— Conductas negativistas y disociales</li> <li>— Abuso de tóxicos</li> <li>— Irritabilidad</li> <li>— Aislamiento y descuido del aseo personal</li> <li>— Tristeza, anhedonia</li> <li>— Pensamientos de muerte e intentos autolíticos</li> <li>— <u>Comorbilidad</u>: Trastornos de conducta alimentaria (TCA), TDAH, ansiedad, abuso de sustancias</li> </ul>

Fuente: Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

## Tabla III: Criterios diagnósticos de depresión mayor según DSM-5

<p><b>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).</li> <li>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.</li> <li>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).</li> <li>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</li> <li>5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.</li> <li>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</li> <li>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</li> <li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.</li> <li>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</li> </ol>
<p><b>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</b></p>
<p><b>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</b></p>
<p><b>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</b></p>
<p><b>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</b></p>

Fuente: DSM-5

Tabla IV: Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil

<p><b>Factores de vulnerabilidad</b> (aumentan la predisposición, pero rara vez provocan la alteración)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Factores genéticos</li> <li>— Historia de trastorno afectivo en los padres</li> <li>— Sexo femenino</li> <li>— Edad post-puberal</li> <li>— Antecedentes de síntomas depresivos</li> <li>— Antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia</li> <li>— Afectividad negativa</li> <li>— Pensamientos de tipo rumiativo</li> <li>— Homosexualidad</li> <li>— Disforia de género</li> <li>— Problemas crónicos de salud</li> </ul>
<p><b>Factores de activación</b> (directamente implicados en el comienzo de la depresión, y en presencia de factores de vulnerabilidad aumenta su efecto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Conflictos conyugales</li> <li>— Desestructuración familiar</li> <li>— Acoso</li> <li>— Situaciones de abuso físico, emocional o sexual</li> <li>— Consumo de tóxicos</li> </ul>
<p><b>Factores de protección</b> (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Buen sentido del humor</li> <li>— Buenas habilidades sociales</li> <li>— Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia</li> <li>— Nivel de inteligencia normal-alto</li> <li>— Deporte</li> <li>— Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado</li> <li>— Poseer creencias religiosas, espiritualidad o valores positivos</li> </ul>

Fuente: Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

## Bibliografía

- Guerrero F, Sánchez Mascaraque P. Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. En: *I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras*. Editores: María Inés Hidalgo Vicario y Pedro Javier Rodríguez Hernández; 2019,p.135-62.
- Ochando Perales G, Peris Cancio SP. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral* 2017; XX I (1): 39-45.
- Riordan DM, Singhal D. Anxiety-related disorders: An overview. *J Paediatr Child Health*. 2018; Oct,54(10): 1104-1109.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSMV)*. Médica Panamericana,2014.
- Heiervang ER, Villabo MA, Wergeland GJ. Cognitive behavior therapy for child and adolescents anxiety disorders: an update on recent evidence. *Curr Opin Psychiatry*,2018 Nov;31(6):484-489.
- Reinblatt SP, Riddle MA. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007; 191(1): 67-86.
- Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakosky DJ, Sherrill JT, Shen S, et al. Child/adolescent anxiety multimodal study: evaluating safety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(3): 180-190.
- Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 (1):Cd003380.
- Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000;70:271-85.
- Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;932:106-28.
- Keenan K HA, Feng X. Subthreshold symptoms of depression in preadolescent girls are stable and predictive of depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:1433-42.
- Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Adult psychosocial outcome of prepubertal major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:673-7.
- Lewinsohn PM, Clarke GN. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1994;33:809-18.
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front Psychol*. 2019; 10:543. Published 2019 Mar 20. doi:10.3389/fpsyg.2019.00543.
- Luby JL, Belden AC, Pautsch J, Si X, Spitznagel E. The clinical significance of preschool depression: impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *J Affect Disord*. 2009;112(1-3):111-9.
- Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown KM, Hessler MJ, Wallis JM, et al. The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(3):340-8.
- Sánchez Mascaraque P, Guerrero Alzola F. Actualización del trastorno psicósomático en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* 2017; XXI (1): 32-38.
- Weller EB, Weller RA, Danielyan AK. Mood disorders in adolescents. En: Wiener JM, MK D, editors. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014.
- Cheung AH, Kozloff N, Sacks D. Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(8):381.

## Bibliografía recomendada

- Mardomingo MJ. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Diaz de Santos, 2015.
- Soutullo C. *Guía esencial de psicofarmacología del niño y el adolescente, 2ª ed*. Madrid: Médica Panamericana, 2017.
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Hidalgo Vicario M.I., Rodríguez Hernández P.J. *I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras*. Ed: Mayo 2019.

## PREGUNTAS TIPO TEST

**1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

- a) La comorbilidad en los trastornos de ansiedad en la adolescencia es muy infrecuente.
- b) Los trastornos de ansiedad en la infancia remiten y rara vez aparecen en la edad adulta.
- c) El mutismo selectivo es un trastorno de ansiedad.
- d) La enuresis es un trastorno de ansiedad.
- e) Todas las fobias requieren un tratamiento y derivación a consultas de salud mental.

**2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

- a) En el tratamiento de los trastornos de ansiedad es aconsejable evitar el estímulo que genera ansiedad.
- b) Las benzodiazepinas son el fármaco de primera elección en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- c) El temperamento no predispone a sufrir trastornos de ansiedad.
- d) Cuanto más pequeño sea el niño, más se debe centrar la intervención en el entrenamiento de los padres.
- e) Las quejas somáticas son infrecuentes en los trastornos de ansiedad.

**3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

- a) La terapia cognitivo conductual no ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- b) La venlafaxina es el antidepresivo de elección en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- c) Los síntomas neurovegetativos son infrecuentes en los trastornos de ansiedad.
- d) En la adolescencia son más frecuentes los trastornos de ansiedad en los varones.
- e) La aparición de un trastorno de ansiedad en la infancia y la adolescencia tiene valor predictivo de trastornos de ansiedad o depresión en la edad adulta.

**4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

- a) La depresión en la infancia y la adolescencia se diagnostica con diferentes criterios diagnósticos que en la edad adulta.
- b) En la infancia, la depresión afecta por igual a ambos sexos, pero en la adolescencia, afecta más a las chicas.
- c) Los antecedentes de enfermedades médicas no son factor de riesgo de depresión.
- d) La clínica de la depresión no varía según la edad.
- e) El tratamiento de la depresión en la adolescencia siempre debe ser farmacológico.

**5. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento de un episodio depresivo mayor en un adolescente de 15 años?**

- a) Mirtazapina.
- b) Venlafaxina.
- c) Fluoxetina y psicoterapia, en especial la terapia cognitivo-conductual.
- d) Psicoterapia cognitivo-conductual.
- e) Todos los ISRS han demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión, por lo que podríamos usar cualquier antidepresivo de este grupo.