

**Guía
clínica para
los trastornos
afectivos
(depresión y
distimia) en niños
y adolescentes**

**Eva Marcela Cárdenas
Miriam Feria
Josué Vázquez
Lino Palacios
Francisco de la Peña**

Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes

Eva Marcela Cárdenas, Miriam Fera, Josué Vázquez,
Lino Palacios y Francisco de la Peña

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México, 2010

Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes

Eva Marcela Cárdenas G., Miriam Feria, Josué Vázquez, Lino Palacios C, Francisco R. de la Peña O

Editores

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

Validación Interna

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

Validación externa

Carmen Rojas, Silvia Cantú, Juan L. Vázquez, Sergio Vázquez

Aspectos Éticos

Liliana Mondragón

Producción editorial

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

Agradecimientos

La elaboración de esta Guía contó con apoyo financiero del proyecto de CONACYT N° 4280 "Estudio de costos y recuperación de la inversión de políticas de atención de enfermedades mentales, el caso de la depresión y la esquizofrenia"

ISBN: 978-607-460-157-2

Edición 2010

Impreso en México

Citación

Cárdenas EM, Feria M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	7
1. Generalidades de los Trastorno Afectivos	11
2. Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	11
3. Trastorno Distímico (TD)	15
4. Tratamiento farmacológico del Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Distímico.	18
5. Recomendaciones para el manejo del paciente con trastorno depresivo mayor y distimia en el contexto familiar.	19
Aspectos Éticos	26
Referencias	28

Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*¹, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad².

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Directora General
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*

Esta Guía presenta dos de los trastornos afectivos -**Depresión y Distimia**- que son de suma importancia en la infancia y la adolescencia. Está dirigida a profesionales de la salud y está encaminada a proporcionar herramientas clínicas de diagnóstico y de tratamiento farmacológico, así como estrategias de intervención psicológica y social.

Además tiene como objetivo asistir a los profesionales de la salud en el reconocimiento de las características clínicas que deben ser objeto de referencia a un especialista en el área.

Objetivos de la Guía

- ◆ Conocer dos de los trastornos afectivos más frecuentes que pueden ser manejados en primer nivel de atención
- ◆ Contar con los conocimientos básicos para evaluar y diagnosticar el Trastorno Depresivo Mayor y la Distimia.
- ◆ Proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones sobre estos trastornos afectivos, con el propósito de que ellos puedan informar a los niños, adolescentes y a sus padres.
- ◆ Conocer el tratamiento farmacológico de cada uno de los trastornos, teniendo en cuenta algoritmos para su uso y canalización a otros niveles de atención.

Guía para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes

¿Qué son los Trastornos Afectivos?

Los trastornos afectivos constituyen uno de los principales problemas de salud mental en los niños y los adolescentes donde hay alteración en el ánimo, que ocasiona malestar significativo y disfunción en diferentes áreas de la vida del sujeto. Cuando un chico está sufriendo un trastorno del afecto sus actividades cotidianas se ven menoscabadas y su comportamiento y forma de ser se modifica en relación con lo habitual. Existen diferentes trastornos del afecto, también conocidos como trastornos del estado de ánimo, entre ellos, el trastorno depresivo mayor, la distimia y el trastorno bipolar. Esta Guía aborda los dos primeros, debido a que son trastornos que potencialmente pueden ser tratados con éxito en el primer nivel de atención en salud.

Trastorno depresivo mayor (TDM)

2

Definición

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) está caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. Los niños o adolescentes que presentan TDM experimentan ánimo bajo, que a diferencia de los adultos se manifiesta principalmente con irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que les gustan, problemas para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo, fallas de atención, ideas de ser menos valiosos que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida o aumento notable del apetito, con falta de incremento ponderal esperado para su edad y sexo, labilidad emocional, llanto fácil, alteraciones en el sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro y cuando es grave puede haber intentos suicidas o síntomas de psicosis, consistentes en alucinaciones (alteraciones somatosensoriales) o delirios (creencias falsas). La duración de los síntomas es de al menos dos semanas y representa un malestar importante para el chico con un deterioro de varias de las áreas de su vida cotidiana.

Criterios diagnósticos

Para hacer el diagnóstico de TDM, el chico debe presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad indicados. Se puede hacer uso de dos clasificaciones: los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR) o los Criterios Diagnósticos de Investigación de la de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales en su 10ª edición (CIE-10). Para reportar las enfermedades nuestro sistema de salud emplea los códigos de la CIE-10, que son:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV, en donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad. La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de

gravedad del episodio depresivo mayor: Un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y 8 de 10, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: Estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. La definición de la CIE-10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños. Y para diagnosticar trastorno depresivo mayor requiere la ocurrencia de episodios repetidos de depresión, y también se especifica la severidad para los episodios depresivos en leve, moderada y severa:

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

En general, se utilizarán los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR).

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el niño o adolescente u observan los demás)

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (que existen síntomas de ánimo elevado como expansividad, autoestima exagerada, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, pensamiento acelerado, agitación motora, etcétera)
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Existen también en el DSM-IV-TR otras especificaciones del episodio depresivo actual, como son:

Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre «leves» y «graves».

Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones, cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones, cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez que han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor).

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado: No cumple con los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor.

Etiología

Aunque no se sabe la causa exacta de la depresión, existe un gran avance en las investigaciones sobre los posibles factores implicados. Como la mayoría de los trastornos mentales, no hay una sola causa del TDM, y las teorías más aceptadas proponen modelos multicausales de enfermedad. En lo que concierne a los factores biológicos, muchos investigadores creen que puede ser causada por desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona. El principal neurotransmisor relacionado con la depresión es la serotonina, un neurotransmisor que se encarga de regular diferentes funciones como el ánimo, los impulsos y el apetito.

En niños y adolescentes con TDM, al igual que en adultos, se ha detectado hipercortisolemia y no supresión del cortisol en la prueba de dexametasona, aunque los resultados no son concluyentes, pues una prueba negativa no descarta el trastorno. Otras alteraciones han sido encontradas, como una hiposecreción en la hormona del crecimiento cuando se induce hipoglicemia por la aplicación de insulina, aunque durante el sueño se observa hipersecreción que persiste después de la recuperación de la depresión. Estudios genéticos apuntan que se trata de un trastorno que puede tener componente hereditario, pues es muy frecuente encontrar antecedentes familiares (padres, hermanos, abuelos, tíos, etcétera) en chicos con TDM. Actualmente existe evidencia de que una madre deprimida es un factor de riesgo para la aparición y el mantenimiento de síntomas depresivos en los hijos, y tratar a la madre ayuda a mejorar la depresión en el chico.

Los factores ambientales incluyen el estrés, que en los niños se produce como una reacción a problemas familiares, como son la agresión de los padres, una disciplina punitiva y discordia entre los padres. Chicos que viven en ambientes con estímulos positivos insuficientes pueden favorecer la presencia de depresión, lo que limita las habilidades sociales y por consecuencia disminuye aún más la posibilidad de recibir estímulos positivos al niño o adolescente. Esto puede generar que los eventos percibidos por el menor sean interpretados con desesperanza y le refuercen la idea de ser incapaz de enfrentar las demandas de la vida, distorsionando la idea de sí mismo, del mundo y del futuro.

Epidemiología

Se ha reportado una prevalencia de TDM del 1% en niños preescolares, mientras que en niños escolares alcanza una frecuencia cercana al 2%. En los adolescentes la prevalencia es mayor, llegando hasta 4% aproximadamente, con una frecuencia mayor para el sexo femenino. Hay estudios que llegan a reportar una prevalencia en los pre-adolescentes de hasta 18%, y la diferencia en las prevalencias reportadas probablemente tiene que ver con la creencia de algunos clínicos que la depresión

no se presenta en los niños. La depresión mayor en adolescentes se relaciona con frecuencia con el uso de sustancias, lo que puede oscurecer el cuadro depresivo. Es muy común encontrar el TDM comórbido con otros trastornos como son los problemas de ansiedad, los trastornos de conducta y el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Aspectos socioculturales

Es importante tener en cuenta las características culturales y sociales del niño o adolescente que es valorado en consulta pues el no hacerlo puede representar un mal diagnóstico. En algunas culturas la tristeza puede expresarse en forma de malestar físico más que con tristeza o culpa. Los síntomas centrales del TDM con las quejas somáticas como dolor de estómago o dolor de cabeza, la irritabilidad, el aislamiento social, el enlentecimiento motor y la hipersomnia. Es mejor aceptado que una chica exprese sus emociones, lo que puede representar que los chicos tengan menos oportunidad de manifestar su tristeza o su ánimo bajo, pues puede ser interpretado como falta de fuerza o de carácter.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

Generalmente los síntomas del TDM van apareciendo de manera paulatina, a lo largo de semanas, meses o años. Lo habitual es que un episodio depresivo no dure más de 6 meses; sin embargo, después de un primer episodio depresivo la posibilidad de presentar otro es cada vez mayor, y del 5% al 10% de los chicos con TDM siguen presentando síntomas después de 2 años, entonces es cuando se dice que se trata de un DM crónico. En un 15% de los casos, la depresión cursa con síntomas atípicos como son reactividad del estado de ánimo ante situaciones reales positivas, aumento significativo de peso, hipersomnia, sensación de pesadez en brazos o piernas e hipersensibilidad al rechazo. En un porcentaje menor pueden predominar los síntomas melancólicos, caracterizados por pérdida del placer en todas las actividades, falta de reactividad a estímulos habitualmente placenteros, predominio matutino de los síntomas, anorexia significativa o pérdida de peso, culpa excesiva o inapropiada y sentimiento de tristeza distinto a la tristeza que se experimenta por la muerte de un ser querido.

No se recomienda comentar la información que le confió el niño o el adolescente a otros miembros de la familia o con otras personas a menos que él lo autorice y esté de acuerdo. Sin embargo una de las situaciones en las que puede romperse el secreto profesional es que el menor comunique ideas suicidas. En este caso, se debe mencionar al chico que tenemos la responsabilidad de cuidar de su integridad y para ello es indispensable informar a sus padres sobre sus pensamientos suicidas, se le debe estimular para que él mismo lo haga, de lo contrario el médico es quien tiene la obligación de dar aviso. El profesional de la salud debe tratar de convencer al chico de hablar el problema con quienes puedan jugar un papel activo para dar soluciones. Algunas escuelas pueden contar con un departamento de apoyo psicológico, y el canalizar al chico con personal especializado debe ser una parte indispensable en la evaluación y el tratamiento.

Trastorno Distímico (TD)

3

Definición

El trastorno distímico o también conocido como distimia, a diferencia del trastorno depresivo mayor es un tipo de depresión en la cual los síntomas tienen una duración mayor que en la depresión, es decir son crónicos se pueden llegar a presentar de forma continua por un período mínimo de 2 años; sin embargo la severidad e intensidad de los síntomas es menor.

Criterios diagnósticos

Para realizar el diagnóstico de un trastorno distímico, el niño o el adolescente debe presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad señalados. La CIE-10 incluye a la distimia en los trastornos persistentes del humor, y considera como trastorno distímico a la depresión crónica que no corresponde con la descripción para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios, aunque hayan existido en el pasado y puede especificarse si el comienzo es precoz, durante la adolescencia o antes. El código para trastorno distímico en la CIE-10 es F34.1. Según el DSM-IV-TR, los criterios para distimia son:

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - 1. Pérdida o aumento de apetito
 - 2. Insomnio o hipersomnia
 - 3. Falta de energía o fatiga
 - 4. Baja autoestima
 - 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - 6. Sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Dependiendo de la edad de inicio se hace la especificación de inicio temprano si el inicio es antes de los 21 años e inicio tardío si se produce a los 21 años o después. En este caso, como nos referimos a niños y adolescentes la distimia se especifica como de inicio temprano. También se debe usar la especificación de síntomas atípicos, como los mencionados en el apartado de depresión mayor.

Etiología

La etiología de la distimia es multifactorial, es decir, muchos factores pueden influir en su aparición. Dentro de estos factores se pueden incluir factores genéticos, alteraciones en la estructura del cerebro, en los neurotransmisores; y por último factores ambientales, que incluyen todo aquello que rodea al menor, por ejemplo, circunstancias familiares, escuela, relaciones con compañeros y amigos, consumo de drogas, etcétera.

En muchos casos los adolescentes que presentan un trastorno distímico tienen el antecedente de algún familiar, ya sea padre, abuelo, tíos o hermanos que tienen o tuvieron alguna vez en su vida algún trastorno del ánimo. Esto permite ver el importante papel que la herencia y la carga genética tienen en la presentación de las enfermedades mentales.

Epidemiología

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno distímico es de aproximadamente 6%. Este trastorno, al igual que el TDM, es de inicio insidioso, y como lo señalan los criterios diagnósticos, es de curso crónico. Con mucha frecuencia se encuentra en comorbilidad con el TDM, lo que podemos llamar depresión doble. Se presenta con igual porcentaje en ambos sexos en niños y adolescentes, a diferencia de los adultos, en quienes predomina el sexo femenino.

Aspectos socioculturales

Al igual que en el TDM, es importante tener en cuenta las características culturales y sociales del niño o adolescente que es valorado en consulta pues el no hacerlo puede representar un mal diagnóstico. La expresión de las emociones suele ser diferente entre ambos sexos, pues desafortunadamente en muchas culturas, como la nuestra, expresar la tristeza puede ser interpretado como falta de fuerza o de carácter. En los menores los síntomas centrales pueden ser las quejas somáticas como el dolor de estómago o el dolor de cabeza, la irritabilidad, el aislamiento social, el enlentecimiento motor y la hipersomnia.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

En muchas ocasiones, es un reto diferenciar entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en inicio, duración, persistencia y gravedad, no son fáciles de evaluar retrospectivamente. En general, el trastorno depresivo mayor consta de uno o más episodios depresivos mayores que se pueden distinguir de la actividad normal del chico, mientras que el trastorno distímico cursa como síntomas menos graves y más crónicos, que se han mantenido durante más de un año. Cuando el trastorno distímico tiene más de un año de duración, es difícil distinguir la alteración de estado de ánimo del funcionamiento habitual de un menor, y erróneamente se le califica como un chico retraído, enojón o aislado. Sin embargo, si los síntomas, aunque crónicos, son de la severidad y cantidad para calificarse como un TDM, deberá priorizarse el diagnóstico de mayor gravedad y especificar que es de curso crónico.

Cuando estamos frente a un niño o adolescente que tiene síntomas que nos hacen sospechar de un trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico, se debe platicar con él para explorar si presenta la cantidad y tiempo suficientes para realizar el diagnóstico. La mejor forma es enlistar los síntomas y estimularlo a que hable de ellos. Siempre debemos resaltar que se trata de un trastorno que debe ser tratado, pues no es normal que el ánimo se encuentre alterado de forma de que interfiera con sus actividades cotidianas.

No se recomienda comentar a otros miembros de la familia o a los padres la información que le confió el niño o el adolescente, a menos que él lo autorice y esté de acuerdo. El profesional de la salud debe buscar convencer al chico de hablar sobre el problema con quienes puedan jugar un papel activo para dar soluciones. Algunas escuelas pueden contar con un departamento de apoyo psicológico, y el canalizar al chico con personal especializado debe ser una parte indispensable en la evaluación y el tratamiento.

4 Tratamiento farmacológico del Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Distímico

El tratamiento farmacológico es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en el TDM solo o en combinación con psicoterapia. No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. Los antidepresivos mejor tolerados son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) comparados con los antidepresivos tricíclicos (ADT). La decisión de emplear uno u otro tiene más que ver con el perfil de efectos secundarios, la respuesta a un antidepresivo en tratamientos previos o en familiares de primer grado, la tolerancia, las interacciones posibles con otros medicamentos que esté tomando el niño o adolescente, el precio o la existencia de alguna contraindicación por la presencia de otra enfermedad.

¿Cuál es la evidencia del tratamiento para el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico?

No existe evidencia empírica de que un ISRS en particular sea más efectivo que otro en el tratamiento de los trastornos afectivos en los niños y los adolescentes. Aunque hasta este momento no hay guías específicas de dosis, se recomienda utilizar tanto para el TDM, como para el trastorno distímico dosis bajas del medicamento, monitorizando de forma cercana, para incrementar lentamente la dosis, según respuesta al tratamiento y tolerabilidad.

Además de los antidepresivos ISRS, existen otros fármacos antidepresivos que son utilizados en el tratamiento del TDM y la distimia, los antidepresivos duales como la venlafaxina y la duloxetina, solos o en combinación con ISRS. Los ADT han caído en menor uso desde la introducción de los ISRS, ya que con los primeros debe vigilarse estrechamente el ritmo cardíaco por el riesgo de alteraciones eléctricas y que la sobredosificación tiene riesgos médicos mayores.

Características del tratamiento

Hasta el momento no existe un fármaco antidepresivo que muestre su efecto de forma inmediata, por lo general se debe esperar la respuesta después de dos a cuatro semanas, esta mejoría va aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia alrededor de las 12 semanas. En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento debe mantenerse durante seis a doce meses por lo menos, pues se ha visto que este periodo de tratamiento reduce más el riesgo de recaídas, aunque el chico tenga mejoría desde los primeros meses. Debemos estar atentos a fomentar la continuidad del tratamiento el tiempo suficiente pues de lo contrario hay gran posibilidad de que el niño o adolescente presente un nuevo cuadro depresivo y esto lo pone en un riesgo cada vez mayor de nuevos episodios, y por consi-

guiente de tiempos cada vez mayores de tratamiento farmacológico y deterioro en su vida cotidiana. Una depresión no tratada merma de forma impactante la calidad de vida de los pacientes, altera la autoestima y reduce las posibilidades de gozar de una vida plena. Se debe tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta pobre al tratamiento es el mal apego al tratamiento indicado, ya sea por olvido, por iniciativa propia o por omisión de los padres o responsables del menor. Cerca del 25% de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, 44% en el primer trimestre, y un 60% de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.

Otros cuidados

Otros cuidados importantes son los que se refieren a los ajustes en el salón de clases. Si los profesores que están en contacto con el paciente no están informados sobre las características y cuidados de un alumno con un trastorno del ánimo, se debe hacer contacto con ellos para llevar a cabo las reuniones necesarias y brindarles educación al respecto.

Es muy importante tener en cuenta las complicaciones que pueden ocurrir cuando un trastorno depresivo o un trastorno distímico no son tratados. Además de interferir con la vida cotidiana, las complicaciones pueden tener una alta gravedad. Respecto a las complicaciones en la vida cotidiana, se pueden encontrar fallas en la capacidad de los niños o adolescentes para establecer amistades con sus compañeros, para tener un buen rendimiento académico en la escuela e inclusive dificultades en el funcionamiento de la familia.

Una de las complicaciones más graves que puede sufrir cualquier persona con depresión es la conducta suicida, la cual consiste en sentir o pensar de manera ocasional o recurrente acerca de la muerte, puede presentarse en relación con una sensación de desesperanza marcada o con la sensación de que la vida no tiene sentido; habitualmente se presentan primero estas sensaciones y son seguidas por la idea de que la muerte resolvería las situaciones problemáticas. Puede avanzar hacia el deseo o la idea de hacerse daño a sí mismo, incluso tener alguna idea estructurada acerca de cómo hacerse daño o intentar quitarse la vida y finalmente tanto niños como adolescentes pueden realizar intentos de suicidio.

Cuando las personas presentan ideas o pensamientos recurrentes de muerte y además tienen pensado o desean intensamente matarse y tienen un plan para llevar a cabo un suicidio, es una señal que no debemos ignorar ni calificar como manipulatoria. En muchas ocasiones el personal de centros de salud y los padres de los chicos creen que estas ideas tienen que ver únicamente con un deseo de llamar la atención, de manipular o incluso son un berrinche, pero siempre se debe estar muy alerta frente a un paciente con un intento de suicidio. Estas ideas deben ser tomadas como una señal de alarma y brindarle apoyo y canalización a un nivel especializado de atención.

Recomendaciones para el manejo del paciente con trastorno depresivo mayor y distimia en el contexto familiar

5

La familia juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento del TDM y la distimia en los niños y los adolescentes, por lo tanto siempre se debe evaluar el funcionamiento familiar y la red de apoyo que representa para el chico, en caso necesario recomendar oportunamente la intervención familiar, pues de no hacerlo no se observará la mejoría esperada en el paciente. Una

vez que se ha confirmado el diagnóstico de un trastorno depresivo o distímico, se debe brindar la información sobre el trastorno tanto al niño como a los padres, y a algún otro miembro de la familia como abuelos o hermanos que vivan juntos, para que puedan apoyar al paciente. La mejor forma es enlistar los síntomas y permitir que el menor los exprese a los padres para que los pueda reconocer y sea capaz de explicarlos con sus propias palabras. Debe fomentarse el ambiente de comprensión y apoyo hacia el paciente sin presionar ni hacerlo sentir que es responsable de sus síntomas. El estimular que en casa se propicie el apego al tratamiento no debe perderse de vista, y esto incluye la toma de medicamentos, la eliminación de estigmas, la asistencia a psicoterapia tanto del menor, como de los padres, si es indicado por el especialista en salud mental.

Curso y Pronóstico

En muchas ocasiones, es un reto diferenciar entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en inicio, duración, persistencia y gravedad, no son fáciles de evaluar retrospectivamente. En general, el trastorno depresivo mayor consta de uno o más episodios depresivos mayores que se pueden distinguir de la actividad normal del chico, mientras que el trastorno distímico cursa como síntomas menos graves y más crónicos, que se han mantenido más de un año. Cuando el trastorno distímico tiene más de un año de duración, es difícil distinguir la alteración de estado de ánimo del funcionamiento habitual del menor, y erróneamente se le califica como un chico retraído, enojón o aislado. Sin embargo, si los síntomas, aunque crónicos, son de la severidad y cantidad para calificarse como un TDM, deberá priorizarse el diagnóstico de mayor gravedad y especificar que es de curso crónico. Generalmente los síntomas del TDM van apareciendo de manera paulatina, a lo largo de semanas, meses o años. Lo habitual es que un episodio depresivo no dure más de 6 meses, sin embargo después de un primer episodio depresivo la posibilidad de presentar otro es cada vez mayor. Del 5% al 10% de los chicos con TDM siguen presentando síntomas después de 2 años, y es entonces cuando decimos que se trata de un DM crónico.

La conducta suicida se observa aproximadamente en el 30% de las personas deprimidas, pero afortunadamente sólo pocos lo consuman.

Los factores más comunes que llevan a que un adolescente pueda tener una conducta suicida son los siguientes y todos deben identificarse para prevenirse o solucionarse en caso de que ya estén presentes:

- Trastorno depresivo mayor
- Historia familiar de suicidio
- Abuso de sustancias (cualquier tipo de droga o alcohol)
- Impulsividad y agresión
- Antecedentes de abuso psicológico, físico o sexual
- Rompimientos amorosos
- Conflictos con los límites paternos

Existen diferentes escalas de evaluación de la depresión que tienen como objetivo cuantificar los síntomas del padecimiento. La principal aplicación es realizar un tamizaje o distinguir entre los chicos que tienen alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo y otras sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento, sin que eso sustituya el criterio clínico. Las escalas de evaluación que se utilizan más en niños y adolescentes son las siguientes:

- Escala de Birlson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes: del inglés Depression Self Rating Scale (DSRS) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento, esto es, su evolución. Consta de 18 reactivos, con una puntuación máxima de 36. Fue validada en español por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en el año de 1996. Es autoaplicable, esto es, el chico puede contestarla por sí mismo, o puede también ser leída por el profesional de la salud para que el chico vaya dando su respuesta. Los reactivos 1,2,4,7-9,11-13,15 se califican de 0 a 2 y los reactivos 3,5,6,10,14,16,17 se califican en forma inversa, es decir, de 2 a 0. La puntuación de 14 o más indica alta probabilidad de padecer depresión, sin embargo no sustituye el diagnóstico clínico. (Al final de la Guía se anexa la escala para que pueda ser aplicada por el profesional de la salud).
- El Inventario de Depresión de Niños (CDI): Es un cuestionario de 27 ítems para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, que se realiza en 10 minutos.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI): Es una escala autoaplicable, esto es, el niño o adolescente la contesta por sí mismo. Es ampliamente utilizada. Consta de 21 ítems con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples, que va de 0 a 3 puntos, donde de 0-13 puntos se clasifica como no deprimidos, 14-19 ligeramente deprimidos, 20-28 moderadamente deprimidos y 29-63 gravemente deprimidos. El BDI ha sido ampliamente estudiado y se considera un instrumento válido.
- Escala de Hamilton para la depresión. La valoración de esta escala se hace a través de un observador externo convenientemente entrenado y familiarizado en su utilización. Se considera que puntuaciones superiores a 18 son indicativas de patología depresiva.
- Escala autoaplicada para la depresión. Es una escala autoaplicable de 20 ítems. La mitad de los ítems son sintomáticamente negativos y la otra mitad positivos.

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

El pronóstico es un aspecto importante al tratar a un niño o adolescente que presenta un trastorno afectivo, pues generalmente los padres se encuentran alarmados y con la pregunta sobre el curso y la posibilidad de mejoría del paciente. Los factores que parecen predecir un peor pronóstico son la edad de inicio más temprana, la duración de la enfermedad, la historia de hospitalizaciones previas debidas al diagnóstico psiquiátrico, la forma desadaptativa de enfrentar los problemas, la comorbilidad entre diferentes trastornos psiquiátricos, la severidad de los síntomas y la historia positiva familiar de trastornos de ansiedad o afectivos. No hay un medio fiable de saber si un niño o adolescente volverá a presentar los síntomas una vez que han remitido con el tratamiento, pueden pasar desde meses hasta años sin una recaída. Algunos otros factores de mal pronóstico son la mala respuesta al tratamiento inicial, la separación de uno de los progenitores por muerte o divorcio, la alta dependencia interpersonal y la clase social baja.

Algoritmos

A continuación se sugiere una ruta de evaluación y tratamiento para el TDM y la Distimia. Antes de cualquier aumento de dosis de medicamento se deberá esperar a la cuarta semana de evaluación, si es bien tolerado pero no hay respuesta completa se recomienda incrementar la dosis (tabla 1) de manera gradual (incrementos equivalentes a la dosis mínima recomendada) y volver a evaluar en 4 semanas. Si a las 8 semanas no hay respuesta con el mismo fármaco cambiar a otro del mismo grupo

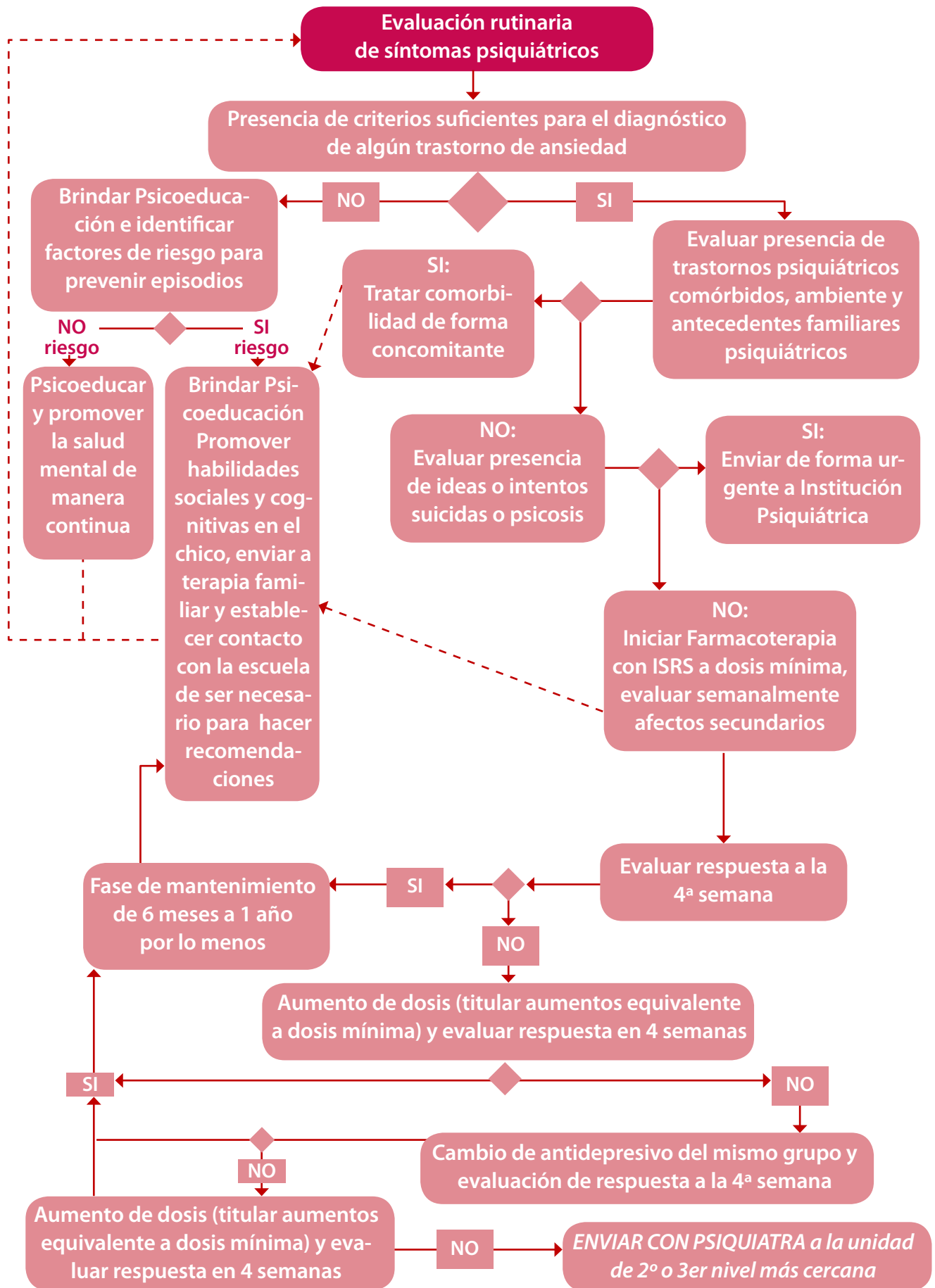
(si se estaba utilizando un ISRS utilizar otro ISRS). Volver a evaluar a las 4 semanas de haber iniciado el nuevo intento farmacológico, y en caso de respuesta parcial incrementar. A las 8 semanas, si no hay respuesta, canalizar con un psiquiatra. Se debe tener en cuenta que en caso de cualquier duda, es mejor referir cuanto antes al niño o al adolescente con un especialista.

1. Incluir rutinariamente la evaluación de síntomas depresivos en la consulta a niños y adolescentes
2. Si se identifican síntomas depresivos, realizar una evaluación con base en los criterios diagnósticos y buscar también otros trastornos comórbidos
3. Incluir en la evaluación la exposición a eventos negativos recientes o pasados, el ambiente en que se desarrolla el niño o el adolescente, el apoyo a su alrededor y la historia familiar de trastornos psiquiátricos.
4. Mantener una relación de confidencialidad con el niño o el adolescente, al mismo tiempo que se fomenta una relación de colaboración con los padres, otro personal de salud y el personal escolar.
5. Evaluar si existe el riesgo de lastimarse a sí mismo o a otros (ejemplo, ideas suicidas). En depresión severa (con psicosis, intentos o ideas suicidas) referir con psiquiatra de manera urgente.
6. La educación y el apoyo pueden ser tratamiento suficiente para un niño o adolescente con depresión leve y buena red de apoyo familiar y social.
7. En chicos con depresión moderada el uso de antidepresivos y psicoterapia específica con personal entrenado.
8. Inicio de tratamiento farmacológico y evaluar continuamente efectos secundarios y respuesta:
 - a. Remisión: Un periodo de al menos dos semanas y menor de dos meses sin síntomas depresivos o con muy pocos síntomas depresivos.
 - b. Recuperación: Ausencia de síntomas significativos de depresión (no más de 1 ó 2) por 2 o más meses.
 - c. Recaída: Un episodio depresivo cuando ya se estaba en la fase de remisión
 - d. Recurrencia: La aparición de un nuevo episodio depresivo durante el periodo de recuperación.
9. Incluir siempre psicoeducación, apoyo al menor e involucrar a la familia y la escuela.
10. Para consolidar la respuesta y evitar las recaídas el tratamiento debe continuarse de 6 a 12 meses.
11. Evaluación constante de efectos secundarios.
12. En caso de no haber respuesta después de haber intentado al menos con dos antidepresivos diferentes con tiempos y dosis adecuadas (tabla 1), referir con psiquiatra.

Tabla 1. Dosis recomendadas, de inicio y dosis máximas, de los principales antidepresivos utilizados en niños y adolescentes.

Tipo de antidepresivo	Dosis	
	Inicial	Máxima
ISRS		
*Fluoxetina	10mg/día	60mg/día
Paroxetina	10mg/día	50mg/día
Sertralina	25mg/día	200mg/día
Fluvoxamina (4.7mg/kg/día niños 8-12 años; 3.1 mg/kg/día adolescentes 12-17 años)	50mg/día	200mg/día
Inhibidor dual (serotonina/norepinefrina)		
Venlafaxina	37.5mg/día	225mg/día
Duloxetina	30mg/día	120mg/día
Bupropión (Inhibidor de recaptura de dopamina y norepinefrina)	150mg/día	300mg/día

*ISRS aprobado por la FDA par el tratamiento de depresión en los niños y adolescentes.



Escala de Birlerson para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor responde honestamente cómo te has sentido en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

		Siempre	Algunas veces	Nunca
1	Me interesan las cosas tanto como antes.			
2	Duermo bien.			
3	Me dan ganas de llorar.			
4	Me gusta salir con mis amigos.			
5	Me gustaría escapar, salir corriendo.			
6	Me duele la panza.			
7	Tengo mucha energía.			
8	Disfruto la comida.			
9	Puedo defenderme por mi mismo(a).			
10	Creo que no vale la pena vivir.			
11	Soy bueno(a) para las cosas que hago.			
12	Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
13	Me gusta hablar con mi familia.			
14	Tengo sueños horribles.			
15	Me siento muy solo(a).			
16	Me animo fácilmente.			
17	Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.			
18	Me siento muy aburrido(a).			

Aspectos Éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso y respeto a la dignidad de los pacientes menores de edad. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud.

Consideraciones éticas en la relación con el paciente

Asentimiento del menor

Además de obtener la autorización del padre, madre o tutor, se debe buscar la cooperación voluntaria del menor. Una vez que se le ha informado, en términos comprensibles para su desarrollo cognitivo, lo que es conveniente para su atención.

Consentimiento

Generalmente, se informa al padre, madre o tutor sobre el diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, en algunos casos este acto puede ir en perjuicio de los intereses del menor y resulta conveniente mantener la confidencialidad de la información obtenida.

Principios éticos

Respeto por las personas

- Protección a las personas con autonomía disminuida.
- Proteger a las personas dependientes o vulnerables contra daño o abuso.

Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.
- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales

de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.

- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

Derechos humanos y derechos de la niñez

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psico social.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

Referencias

Beasley PJ, Beardslee WR: Depression in the adolescent patient. *Adolescent Medicine* 1998; 9:351-362

Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, Chrisman A, Farchione T, Greenhill L, Hamilton J, Keable H, Kinlan J, Schoettle U, Stock S, Ptakowski KK, Medicus J: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46(11):1503-1526

Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, Iyengar S, Johnson BA: A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:877-855
Cassidy LJ, Jellinek MS: Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1037-1052

Cassidy LJ, Jellinek MS: Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1037-1052

De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L: Traducción al español y validez de la escala de Birlerson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental* 1996; 19(3 suppl):17-23

American Psychiatry Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC, American Psychiatry Association, 2002

Emslie GJ, Kratochvil C, Vitiello B, Silva S, Mayes T, McNulty S, Weller E, Waslick B, Casat C, Walkup J, Pathak S, Rohde P, Posner K, March J; Columbia Suicidality Classification Group; TADS Team: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): safety results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:1440-1455

Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM: Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:851-855

Hammad TA, Laughren T, Racoosin J: Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:332-339

Kaplan H, Sadock B: *Sinopsis de Psiquiatría*. España, Editorial Médica Panamericana. 8ª ed, 1998

Kennard B, Silva S, Vitiello B, Curry J, Kratochvil C, Simons A, Hughes J, Feeny N, Weller E, Sweeney M, Reinecke M, Pathak S, Ginsburg G, Emslie G, March J; TADS Team: Remission and residual symptoms after short-term treatment in the Treatment of Adolescents With Depression Study (TADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:1404-1411

Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P: Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:809-818

Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes C, Garber J, Malloy E, King C, Cerda G, Sood A, Alpert J, Trivedi M, Fava M, Rush A, Wisniewski S, Weissman M: Children of Depressed Mothers 1 Year After the Initiation of Maternal Treatment: Findings From the STAR*D-Child Study. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1136–1147

World Health Organization: *International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization, 1992

Yorbik O, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Ryan ND: Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1654-1659

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos Secretario de Salud</p> <p>Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</p> <p>Dra. Maki Ortiz Dominguez Subsecretaria de Innovación y Calidad</p> <p>Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza Directora General</p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela Director de Enseñanza</p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham Director de Investigaciones en Neurociencias</p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra Director de Servicios Clínicos</p>
<p style="text-align: center;">CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</p>	
<p>T.R. Virginia González Torres Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</p> <p>Ing. Luis Acosta del Lago Director de Normatividad y Coordinación Institucional</p> <p>Lic. Susana Moya Villar Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</p>	

