Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS**

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



MINISTERIO MINISTERIO

DE CIENCIA DE SANIDAD

E INNOVACIÓN Y POLÍTICA SOCIAL

Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS**

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



MINISTERIO MINISTERIO

DE CIENCIA DE SANIDAD



E INNOVACIÓN Y POLÍTICA SOCIAL



“Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.”

Edición: 07/2009

Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación

NIPO: 477-09-048-9

ISBN: 978-84-95463-66-1

Depósito legal: C 3987-2009

Imprime: Tórculo Artes Gráficas, S.A.

“Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social”.

Esta guía debe citarse:

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2007/09.



MINISTERIO MINISTERIO

DE CIENCIA DE SANIDAD



E INNOVACIÓN Y POLÍTICA SOCIAL



Índice

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Presentación** | | | **11** |
| **Autoría y Colaboraciones** | | | **13** |
| **Preguntas para responder** | | | **19** |
| **Niveles de evidencia y grados de recomendación** | | | **21** |
| **Resumen de las recomendaciones** | | | **23** |
| **1** | **Introducción** | | **27** |
|  | 1.1. | Prevalencia | 28 |
|  | 1.2. | Repercusiones de la depresión | 29 |
| **2** | **Alcance y objetivos** | | **31** |
| **3** | **Metodología** | | **33** |
| **4 Definición, diagnóstico clínico y criterios diagnósticos** | | | **39** |
|  | 4.1. | Definición | 39 |
|  | 4.2. | Diagnóstico clínico de la depresión mayor | 39 |
|  | 4.3. | Criterios diagnósticos | 41 |
|  | 4.4. | Diagnóstico diferencial | 44 |
|  |  | 4.4.1. Comorbilidad | 44 |
| **5 Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor** | | | **47** |
|  | 5.1. | Factores de riesgo | 47 |
|  |  | 5.1.1. Factores familiares y del entorno | 47 |
|  |  | 5.1.2. Factores individuales | 49 |
|  | 5.2. | Evaluación | 50 |
|  |  | 5.2.1. Métodos de evaluación | 51 |
|  |  | 5.2.2. Cribado de la depresión | 55 |
| **6 Tratamiento de la depresión mayor** | | | **59** |
|  | 6.1. | Psicoterapia | 59 |
|  |  | 6.1.1. Terapia cognitivo-conductual | 60 |
|  |  | 6.1.2. Terapia Interpersonal | 65 |
|  |  | 6.1.3. Terapia psicodinámica individual | 66 |
|  |  | 6.1.4. Terapia familiar | 67 |
|  |  | 6.1.5. Prevención de recaídas | 69 |
|  | 6.2. | Tratamiento farmacológico | 70 |
|  |  | 6.2.1. Prescripción de antidepresivos en niños y adolescentes | 70 |
|  |  | 6.2.2. Eficacia de los diferentes fármacos | 72 |
|  |  | 6.2.3. Prevención de recaídas | 76 |
| **7 Tratamiento combinado y estrategias en la depresión resistente** | | | **81** |
|  | 7.1. | Tratamiento combinado de la depresión mayor | 81 |
|  |  | 7.1.1. El estudio TADS | 81 |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 7.1.2. El estudio ADAPT | 83 |
|  | 7.1.3. Otros estudios | 84 |
| 7.2. | Estrategias en depresión resistente | 86 |
| 7.3. | Terapia electroconvulsiva | 88 |
| **8 Otras intervenciones terapéuticas** | | **93** |
| 8.1. | Técnicas de autoayuda | 93 |
|  | 8.1.1. Biblioterapia y utilización de material de autoayuda | 93 |
|  | 8.1.2. Otras técnicas o intervenciones | 94 |
| 8.2. | Ejercicio físico | 96 |
| 8.3. | Intervenciones familiares, sociales y del entorno | 97 |
| **9 El suicidio en la infancia y en la adolescencia** | | **99** |
| 9.1. | Suicidio: conceptualización | 99 |
| 9.2. | Epidemiología del suicidio | 100 |
| 9.3. | Factores de riesgo | 102 |
|  | 9.3.1 Factores individuales | 103 |
|  | 9.3.2. Factores familiares y contextuales | 105 |
|  | 9.3.3. Otros factores | 106 |
| 9.4. | Factores precipitantes | 107 |
| 9.5. | Factores protectores | 107 |
| 9.6. | Aspectos del tratamiento | 108 |
|  | 9.6.1. Evaluación | 108 |
|  | 9.6.2. Valoración del riesgo suicida | 109 |
|  | 9.6.3. Criterios de hospitalización | 111 |
|  | 9.6.4. Seguimiento ambulatorio del paciente | 112 |
|  | 9.6.5. Psicoterapia | 112 |
|  | 9.6.6. Tratamiento farmacológico | 113 |
|  | 9.6.7. Otros tratamientos | 114 |
| 9.7 | Prevención del suicidio | 115 |
|  | 9.7.1. Intervenciones en el ámbito escolar | 115 |
|  | 9.7.2. Diagnóstico precoz | 117 |
|  | 9.7.3. Prevención en pacientes con trastornos mentales | 118 |
|  | 9.7.4. Otras estrategias de prevención: medios de comunicación | 119 |
| **10 Aspectos legales en España** | | **125** |
| 10.1. | Consentimiento informado y ley 41/02 | 125 |
| 10.2. | Internamiento psiquiátrico de menores | 128 |
| **11 Indicadores de calidad** | | **131** |
| **12 Estrategias diagnósticas y terapéuticas** | | **141** |
| **13 Difusión e implementación** | | **145** |
| **14 Recomendaciones de investigación futura** | | **147** |
| **15 Anexos** | | **151** |

8 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anexo 1. Criterios de gravedad según CIE-10 y DSM-IV–TR | | 151 |
| Anexo 2. Información para pacientes y familiares | | 155 |
| Anexo 3. Glosario | | 175 |
| Anexo 4. | Lista de abreviaturas | 181 |
| Anexo 5. | Declaración de intereses | 183 |
| Anexo 6. | Modelos de consentimiento informado | 183 |
| Anexo 7. | Técnicas psicoterapéuticas | 187 |
| **16 Bibliografía** | | **201** |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 9

Presentación

Disminuir la variabilidad clínica injustificada, ayudando a tomar las deci-siones más adecuadas basadas en el mejor conocimiento existente, es una prioridad para el Ministerio de Sanidad y Política Social.

La práctica asistencial se hace cada vez más compleja por múltiples factores de los que, sin duda, el incremento exponencial de información científica es uno de los más relevantes. Para que las decisiones clínicas sean adecuadas, eficaces, eficientes y seguras, los profesionales necesitan actuali-zar permanentemente sus conocimientos, objetivo al que dedican importan-tes esfuerzos.

En el año 2003 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Sa-lud (SNS) creó el proyecto GuíaSalud, que tiene como objeto final la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el SNS. Desde entonces, el proyecto GuíaSalud ha evaluado decenas de GPC de acuerdo con criterios explícitos generados por su comité científico, las ha registrado y las ha difundido a través de In-ternet.

A principios del año 2006 la Dirección General de la Agencia de Cali-dad del Sistema Nacional de Salud elaboró el Plan de Calidad para el Siste-ma Nacional de Salud que se despliega en doce estrategias. El propósito de este Plan es incrementar la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxi-ma calidad de la atención sanitaria a todas las personas con independencia de su lugar de residencia.

Formando parte del Plan, se encargó la elaboración de varias GPC a di-ferentes agencias y grupos expertos en patologías prevalentes relacionadas con las estrategias de salud. Esta guía sobre depresión mayor en la infancia y adolescencia es fruto de este encargo.

Además, se encargó la definición de una metodología común de elabo-ración de GPC para el SNS, que se ha elaborado como un esfuerzo colectivo de consenso y coordinación entre los grupos expertos en GPC en nuestro país.

En 2007 se renovó el proyecto GuíaSalud creándose la Biblioteca de

Guías de Práctica Clínica. Este proyecto profundiza en la elaboración de

GPC e incluye otros servicios y productos de Medicina Basada en la Eviden-

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 11

cia. Asimismo pretende favorecer la implementación y la evaluación del uso de GPC en el Sistema Nacional de Salud.

Aunque la depresión mayor es relativamente frecuente y supone un problema de salud debido a la discapacidad y alteración de la calidad de vida que genera, se infradiagnostica con frecuencia en la infancia y ado-lescencia. Además, es conocida la variabilidad en su manejo, con diferentes actitudes terapéuticas, de derivación o de seguimiento.

Esta guía de práctica clínica es el resultado del trabajo de un grupo de profesionales pertenecientes a las diferentes disciplinas que integran la asistencia del paciente con depresión. Los integrantes del grupo redactor han dedicado muchas horas a la elaboración de las recomendaciones que sin duda ayudarán a mejorar la atención sanitaria que se presta tanto en la aten-ción primaria como en la especializada. En el proceso de revisión, la guía ha contado con la colaboración de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes implicadas directamente en este problema de salud.

Con esta GPC se pretende dar a los profesionales sanitarios un ins-trumento útil que dé respuestas a las cuestiones más básicas en forma de recomendaciones elaboradas de forma sistemática y con la mejor evidencia disponible. Esperamos que todo ello redunde en una atención de mayor ca-lidad a estos pacientes y a sus familias, que es el objetivo que nos anima.

**Pablo Rivero Corte** DG. de la Agencia de Calidad del SNS

12 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Autoría y colaboraciones

Grupo de trabajo de la GPC sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia

**María Álvarez Ariza.** Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complexo Hospitalario de Pontevedra.

**Gerardo Atienza Merino.** Doctor en Medicina. Técnico de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

**Elena de las Heras Liñero.** Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

**Rafael Fernández Martínez.** Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico.

Complexo Hospitalario de Pontevedra.

**Ernesto Ferrer Gómez del Valle.** Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complexo Hospitalario de Ourense.

**Ana Goicoechea Castaño.** Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría. Ambulatorio de San Roque, Vilagarcía (Pontevedra).

**José Luis Iglesias Diz.** Doctor en Medicina. Especialista en Pediatría.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

**Arturo Louro González.** Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria de Cambre (A Coruña).

**Belén Martínez Alonso.** Licenciada en Medicina. Especialista en psiquiatría. USM Infanto-Juvenil. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

**José Mazaira Castro.** Licenciado en Medicina. Especialista en psiquiatría. USM Infanto-Juvenil. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

**Aurea Paz Baña.** Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital Psiquiátrico de Conxo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

**Lucinda Paz Valiñas.** Licenciada en Biología. Técnica de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 13

**María Isabel Roca Valcárcel.** Licenciada en Psicología. Psicóloga clínica. USM. Infanto-Juvenil. Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

**Yolanda Triñanes Pego.** Licenciada en Psicología. Técnica de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Coordinación

**María Álvarez Ariza.** Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complexo Hospitalario de Pontevedra.

**Gerardo Atienza Merino.** Doctor en Medicina. Técnico de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Colaboración

**Beatriz Casal Acción.** Documentalista. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

**María Ríos Neira.** Documentalista. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Colaboración experta

**Emilio Casariego Vales.** Médico especialista en Medicina Interna. Complexo Hospitalario Xeral Calde de Lugo. Servizo Galego de Saúde.

**Marta Medrano Varela.** Médico forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Jefe de Sección Clínica. Instituto de Medicina Legal de Galicia.

**José Luis Rodríguez-Arias Palomo.** Licenciado en Psicología. Psicólogo clínico. Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira, Cee (A Coruña).

**Víctor M. Torrado Oubiña.** Licenciado en Psicología. Psicólogo clínico. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Revisión Externa

**Antonio Agüero Juan.** Médico Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario, Valencia.

14 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**M.ª Jesús Alonso Antoraz.** Psiquiatra. Ex jefa de servicio de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Vigo (actualmente en situación de jubilación).

**Enric Aragonés Benaiges.** Médico de Atención Primaria. Centro de Atención Primaria de Constantí, Tarragona. Institut Catalá de la Salut.

**M.ª Victoria del Barrio Gándara.** Profesora titular de universidad. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. UNED, Madrid.

**Amparo Belloch Fuster.** Psicóloga clínica. Catedrática de Psicopatología de la Universidad de Valencia.

**Pedro Benjumea Pino.** Psiquiatra. Profesor titular de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla.

**Germán E. Berrios.** Profesor de Epistemología de la Psiquiatría (emérito). Robinson College. Universidad de Cambridge, Reino Unido.

**María del Carmen Bragado Álvarez.** Profesora titular de universidad. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, Madrid.

**Antonio Bulbena Vilarrasa.** Director del Instituto de Atención Psiquiátrica del Hospital del Mar, Barcelona.

**María Consuelo Carballal Balsa.** Coordinadora de Enfermería. Programa de Salud Mental. Subdirección General de Salud Mental y Drogodependencia. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

**Juan José Carballo Belloso.** Colaborador clínico. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría de la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

**Josefina Castro Fornieles.** Jefa de servicio de la Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital Clínic Universitari, Barcelona.

**Sergio Cinza Sanjurjo.** Médico coordinador del 061. Centro de Salud de Malpica de Bergantiños, A Coruña.

**Josep Cornellá Canals.** Médico. Fundació Autisme Mas Casadevall.

Departamento de Psiquiatría, Girona.

**María Dolores Domínguez Santos.** Profesora titular de Psiquiatría.

Unidad de Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 15

**Inmaculada Escamilla Canales.** Psiquiatra infantil y adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de Navarra, Madrid.

**Aranzazu Fernández Rivas.** Jefa de Sección Infanto-Juvenil. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto, Bilbao.

**Montserrat García Gónzalez.** Psicóloga. Departamento de Psicología de la Asociación Alba, Pontevedra.

**María Paz García Vera.** Profesora titular y directora de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense, Madrid.

**Elena Garralda Hualde.** Catedrática y consultora en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Imperial College of London, Reino Unido.

**María León-Sanromá.** Médica de Atención Primaria. ABS La Gavarra. Institut Catalá de la Salut. Departamento del grupo de trabajo en salud mental de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Cornellá de Llobregat, Barcelona.

**Germán López Cortacáns.** Enfermero de Salud Mental. Centro de Salud de Salou, Tarragona.

**Mª Jesús Mardomingo Sanz.** Jefa del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

**Mara Parellada Redondo.** Unidad de Adolescentes. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Ana Pascual Aranda.** Médico psiquiatra. Unidad Infanto Juvenil del Servicio de Salud Mental Villa de Vallecas, Madrid.

**Pedro Javier Rodríguez Hernández.** Facultativo especialista de área del Servicio de Psiquiatría. Hospital de Día Infanto-Juvenil Diego Matías Guigou y Costa. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

**Juan Ruiz-Canela Cáceres.** Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Virgen de África, Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

**Patricio Ruiz Lázaro.** Pediatra de Atención Primaria. Coordinador médico. Centro de Salud “Manuel Merino”, Alcalá de Henares (Madrid).

**María Isabel Salvador Sánchez.** Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, Illes Balears.

**Manuel Sampedro Campos.** Pediatra. Centro de Salud Novoa Santos, Ourense.

16 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Carmen Senra Rivera.** Profesora titular de universidad. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

**César Soutullo Esperón.** Jefe de Servicio de Psiquiatría. Clínica Universitaria de Navarra.

**Josep Toro Trallero.** Profesor emérito de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

**Fernando Lino Vázquez González.** Profesor titular de universidad. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

Sociedades colaboradoras

***Miembros de estas sociedades o asociaciones han participado en la revisión externa de la GPC:***

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Asociación Española de Pediatría (AEP).

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA).

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM).

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

Fundación Andrea.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS).

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 17

Declaración de intereses

Todos los miembros del grupo de trabajo, así como las personas que han participado en la colaboración experta y en la revisión externa, han realizado la declaración de intereses que se presenta en el anexo 5.

18 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Preguntas para responder

Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor en el niño y adolescente

• ¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión en niños y adolescentes?

• ¿Cuáles son las escalas más utilizadas en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes?

• ¿El cribado de la depresión en niños y adolescentes mejora los resultados a largo plazo?

Tratamiento de la depresión mayor

• ¿Cuál es la eficacia de los diferentes tipos de psicoterapia en el tratamiento de la depresión mayor del niño y adolescente?

• ¿Hay algún tipo de psicoterapia más efectiva que otra según el grado de gravedad de la depresión mayor?

• ¿Cuál es la eficacia de los fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor del niño y del adolescente?

• ¿Existe algún fármaco antidepresivo considerado de elección?

• ¿Cuál es la seguridad del tratamiento farmacológico y cuál es su relación con la conducta suicida?

Tratamiento combinado y estrategias en la depresión resistente

• ¿Cuál es el papel del tratamiento combinado en la depresión mayor del niño y del adolescente?

• ¿Qué estrategias pueden seguirse en la depresión resistente?

• ¿Qué papel tiene la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión mayor en el niño y el adolescente?

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 19

Otras intervenciones terapéuticas

• ¿Es efectivo el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de los niños y adolescentes con depresión mayor?

• ¿Son efectivas las técnicas de autoayuda y otros tratamientos alternativos en la depresión del niño y del adolescente?

• ¿Son efectivas las intervenciones en el ámbito familiar, social y del entorno?

El suicidio en el niño y adolescente

• ¿Cuáles son los factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes?

• ¿Cuáles son los aspectos fundamentales del tratamiento de la ideación y de la conducta suicida?

• ¿Qué intervenciones son eficaces para la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con depresión mayor?

Indicadores de calidad

• ¿Qué indicadores permiten monitorizar la calidad en el manejo de la depresión mayor en niños y adolescentes?

20 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN

**Niveles de evidencia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1++ | Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con |  |
| muy poco riesgo de sesgo. |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 1+ | Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con |  |
| poco riesgo de sesgo. |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 1- | Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de |  |
| sesgo. |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas |  |
| 2++ | diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnós- |  |
| ticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una |  |
|  |  |
|  | relación causal. |  |
|  |  |  |
| 2+ | Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas |  |
| con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 2- | Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo. |  |

* Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
* Opinión de expertos.

**Fuerza de las recomendaciones**

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente

* aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directa-mente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.

Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población

* diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estu-dios de nivel 1++ o 1+.

Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población

* diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
* Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de reco-mendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Las recomendaciones adaptadas de una GPC se señalan con el superíndice “GPC”

**Buena práctica clínica**

31

Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50*: A guideline developers’ hand-*

*book* (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication nº 50, 2001.

1. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que no se cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 21

Resumen de las recomendaciones

**Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Los médicos de familia y pediatras de atención primaria deberían tener una adecuada |  |
| DGPC | formación que les permitiese evaluar aquellos niños y adolescentes con riesgo de depresión |  |
|  | y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica. |  |
|  |  |  |
|  | Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de otros |  |
| DGPC | factores de riesgo, los profesionales de atención primaria deberían realizar un seguimiento y |  |
|  | fomentar la normalización de la vida cotidiana. |  |
|  |  |  |
| DGPC | Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma rutinaria |  |
| preguntas acerca de síntomas depresivos. |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 3 | El diagnóstico de depresión mayor debe realizarse mediante entrevista clínica. Los cuestio- |  |
| narios por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual. |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 3 | No se recomienda realizar cribado de depresión en niños ni en adolescentes de la población |  |
| general, debido a la inexistencia de estudios que evalúen la efectividad del cribado. |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Se deberá realizar una búsqueda activa de sintomatología depresiva en aquellos niños |  |
| 3 | y adolescentes que presenten factores de riesgo, preguntando sobre los síntomas y los |  |
|  | problemas actuales de forma independiente, tanto a ellos como a sus padres. |  |
|  |  |  |
|  | En niños mayores de 8 años y adolescentes, uno de los cuestionarios más utilizados y |  |
|  | validado en castellano es el CDI. En adolescentes, se recomienda la utilización de cuestio- |  |
| 3 | narios autoaplicados y validados en nuestro entorno que permitan una detección precoz de |  |
|  | síntomas depresivos. No obstante, no debe olvidarse que para un diagnóstico completo es |  |
|  | necesario realizar una entrevista clínica. |  |
|  |  |  |

**Tratamiento de la Depresión Mayor**

**Recomendaciones generales**

El tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia debería ser integral, y

* abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que puedan mejorar su bienestar y capacidad funcional.

El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar, entendiendo como tales, psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de proble-

* mas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y monitoriza-ción regular del estado mental.

Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre una alianza tera-

* péutica sólida y utilizar técnicas específicas para la infancia y adolescencia, así como contar con los padres como parte fundamental del proceso terapéutico.

**Depresión mayor leve**

|  |  |
| --- | --- |
|  | En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/ |
| DGPC | conductas autolesivas y comorbilidades, el médico de familia o pediatra podrá dejar trans- |
|  | currir un período de dos semanas de observación y seguimiento de la evolución. |

Durante este período, el profesional de atención primaria debería proporcionar apoyo activo

* al niño o adolescente y su familia, facilitando pautas de hábitos de vida saludable, psicoedu-cativas o de manejo de situaciones.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Si tras este período de observación persisten los síntomas depresivos, se recomienda |  |
| derivar al paciente a atención especializada en salud mental infantojuvenil. |  |
|  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 23

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Se deberá derivar inicialmente a salud mental infantojuvenil, a aquellos pacientes con depre- |  |
| 3 | sión que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades |  |
| graves, como abuso de sustancias u otra patología mental, aunque el grado de depresión |  |
|  |  |
|  | sea leve. |  |

En atención especializada en salud mental infantojuvenil, el tratamiento de elección de una

* depresión mayor leve será una terapia psicológica durante un período de 8 a 12 semanas (sesiones semanales).
* Las modalidades de psicoterapia iniciales recomendadas en la depresión mayor leve son la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar o la terapia interpersonal.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DGPC | Durante este período de terapia psicológica, se deberá realizar un seguimiento regular de la |  |
| evolución clínica del niño o adolescente. |  |
|  |  |

* Con carácter general, no se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve.

**Depresión mayor moderada y grave**

* Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada-grave deberá ser derivado inicial-mente a salud mental infantojuvenil.

Siempre que sea posible, el tratamiento de inicio de la depresión moderada de adolescentes

* será mediante psicoterapia, al menos durante 8 a 12 semanas (mínimo 1 sesión/semanal). La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal o familiar son las modalidades psicoterapéuticas que han demostrado mejores resultados.

En la depresión grave en adolescentes, se recomienda utilizar inicialmente la psicoterapia

* (terapia cognitivo conductual) junto con el tratamiento farmacológico (fluoxetina). En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados clínicos estándar.

El tratamiento combinado de fluoxetina y terapia cognitivo conductual se recomienda

* especialmente en aquellos casos de historia personal o familiar de ideación y/o conductas suicidas.

En niños menores de 12 años se recomienda inicialmente la terapia cognitivo-conductual

* o familiar. Si existe imposibilidad de aplicación o mala evolución, se recomienda añadir tratamiento farmacológico (fluoxetina).

Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo farmacológico, se recomienda informar del

* motivo de la prescripción, de los beneficios que se esperan alcanzar, del posible retraso del efecto terapéutico, de los efectos secundarios y de la duración del tratamiento.

Aunque no se ha demostrado un incremento de suicidios consumados en niños y adoles-

* centes, se recomienda vigilancia de la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico.

Los únicos fármacos antidepresivos recomendables en el tratamiento de la depresión mo-

* derada o grave de niños o adolescentes son los ISRS. La fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyen su uso en estos grupos de edad.

Según el perfil clínico del paciente (características clínicas de la depresión, historia familiar e

* historia de respuesta previa en familiares), se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram).

Tras la remisión del cuadro depresivo, se recomienda continuar el tratamiento farmacológico

* con ISRS por lo menos 6 meses (recomendable entre 6 y 12 meses) desde la remisión del cuadro depresivo, con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión.
* La suspensión de un fármaco antidepresivo se recomienda que se realice de forma gradual. Si los síntomas reaparecen, se ha de instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico.

24 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

La evidencia actual no permite recomendar la utilización de antidepresivos tricíclicos,

* paroxetina, venlafaxina o mirtazapina en el tratamiento de la depresión mayor de niños y adolescentes.

Deberá considerarse el ingreso hospitalario de niños o adolescentes con depresión mayor:

- si existe un elevado riesgo de suicidio

* - si la depresión es grave y se acompaña de síntomas psicóticos
  + cuando se asocien comorbilidades graves
  + cuando existan razones que dificulten un adecuado seguimiento y control ambulatorio

**Tratamiento combinado y estrategias en la depresión resistente**

Ante un paciente que no mejora tras la instauración de un tratamiento, se recomienda revisar

* el diagnóstico y verificar el cumplimiento terapéutico. Cuando el tratamiento sea de tipo farma-cológico, se debe confirmar que se está dando el fármaco en el tiempo y dosis adecuadas.

Cuando el paciente no mejore tras una terapia psicológica, se ha de verificar que se haya

* administrado el tiempo y el número de sesiones adecuados.

En aquellos pacientes con depresión mayor moderada que no respondan a una terapia

* psicológica específica, se recomienda combinar terapia cognitivo-conductual con trata-miento farmacológico del grupo ISRS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Si se produce respuesta al tratamiento, este deberá continuarse por lo menos seis meses |  |
| (recomendable entre 6 y 12 meses) tras la remisión del cuadro depresivo. |  |
|  |  |

En adolescentes con depresión moderada-grave que no respondan a un tratamiento

* inicial con ISRS, se recomienda combinar terapia cognitivo conductual y cambiar a otro antidepresivo del grupo ISRS.

La terapia electroconvulsiva estaría indicada en adolescentes con depresión mayor grave

* y persistente, con síntomas graves que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.

La terapia electroconvulsiva debería ser utilizada en adolescentes de forma excepcional,

* por un profesional experimentado (psiquiatra infantojuvenil), tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.

**Otras intervenciones terapéuticas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Se recomienda que todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de |  |
| 3 | la depresión del niño o el adolescente dispongan de una adecuada formación que les |  |
| permita aconsejar sobre todas aquellas formas de autoayuda potencialmente útiles para |  |
|  |  |
|  | los pacientes, sus padres o cuidadores. |  |
|  |  |  |
| 3 | La recomendación de intervenciones de autoayuda deberían formar parte de una estrate- |  |
| gia integral de tratamiento. |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Se recomienda ofrecer información sobre las ventajas de la realización de ejercicio físico |  |
| DGPC | de forma regular a aquellos niños o jóvenes con depresión, siempre que la gravedad de |  |
|  | esta no dificulte su realización. |  |
|  |  |  |
| 3 | Se recomienda proporcionar también información sobre los beneficios de una nutrición |  |
| equilibrada y el mantenimiento de un patrón de sueño adecuado. |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | En la evaluación del niño o adolescente con depresión mayor se debería tener en cuenta |  |
| 3 | el contexto familiar y social. También se debería valorar la calidad de las relaciones inter- |  |
|  | personales del paciente, tanto con sus familiares como con sus amigos e iguales. |  |
|  |  |  |
|  | Se recomienda preguntar siempre al paciente y a sus familiares sobre consumo de alco- |  |
| 3 | hol y de otras drogas, y sobre la existencia de antecedentes de acoso escolar, abusos o |  |
|  | conductas autolesivas. |  |
|  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 25

**El suicidio en la infancia y en la adolescencia**

Los profesionales de atención primaria deberían tener una adecuada formación sobre los

* principales factores de riesgo de conducta e ideación suicida en niños y adolescentes y de la evaluación de su perfil de riesgo.

En pacientes con depresión y/o perfil de riesgo de suicidio se debería preguntar siempre

* sobre ideas o planes de suicidio, y recoger en la historia clínica todos los aspectos relacio-nados con el método, la planificación y la intencionalidad.

Tras un intento de suicidio en un niño o adolescente se debería realizar siempre una inme-

* diata valoración psiquiátrica y psicosocial, de ser posible, por un profesional especialista en estas edades.

Se darán pautas a los padres o cuidadores, sobre el acompañamiento y el control del acce-

* so directo a la medicación por parte de los niños y adolescentes.

En la historia clínica se debería recoger la gravedad médica del intento de suicidio, el méto-

* do utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza.
* La información provendrá del propio paciente, y se recomienda utilizar, de ser posible, múltiples fuentes, como los padres o cuidadores, profesores y amigos.

Si bien los diferentes instrumentos psicométricos existentes, como el Cuestionario de Ries-

* go de Suicidio, la Escala de Desesperanza de Beck o el Inventario de Depresión de Beck, pueden ayudar a valorar el riesgo suicida, no pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo.

Se recomienda la hospitalización de todos aquellos niños o adolescentes con un intento

* de suicidio que presenten varios factores de riesgo y un limitado apoyo familiar y de la comunidad.

Tras un intento de suicidio, y si no se ha considerado la hospitalización, se debería realizar

* una reevaluación en el plazo de 7 a 10 días. Posteriormente se realizará un seguimiento pe-riódico por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental infanto-juvenil.

La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes debería considerarse una priori-

* dad, y establecerse fundamentalmente medidas que permitan un diagnóstico precoz del riesgo suicida.
* Deberían establecerse medidas encaminadas a consensuar la cobertura del suicidio por parte de los medios de comunicación y el contenido de las páginas web de Internet.

Las recomendaciones adaptadas de una GPC se señalan con el superíndice “GPC”

26 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Introducción

En los últimos años se ha asistido a un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situa-ciones de estrés1. Por este motivo, y según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares2.

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condi-ción económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general. Si bien existen múltiples estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente. Además, sus resultados son variables debido funda-mentalmente a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto, y también por las diferencias en los estudios respecto del tamaño muestral, criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas.

Debido a las características particulares de la depresión en la infancia y adolescencia, es importante contar con profesionales de atención primaria y especialistas en salud mental infantojuvenil con formación y experiencia en el manejo de este trastorno en este grupo de edad, así como que se pongan a su disposición los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor.

1.1. Prevalencia

Una primera aproximación al problema de la depresión en la infancia y en la adolescencia en España puede realizarse a través de los datos proporcio-nados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), que estima que el 10,4% de niños y el 4,8% de niñas entre 0 y 15 años tendrían problemas mentales con limitación de las actividades de la vida diaria3. La prevalencia de depresión mayor se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años4. Otros trabajos también

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 27

correlacionan positivamente la depresión con la edad, y se observan porcen-tajes entorno al 5% entre la población adolescente5. Por último, un estudio observacional realizado entre niños de edades comprendidas entre 12 y 16 años mostró una prevalencia de manifestaciones depresivas del 10,3% (de carácter leve en un 8,4% y grave en un 1,8%), si bien los autores no especi-fican si se trata de depresión mayor6.

En un estudio realizado en España con 404 niños, se encontró que los trastornos depresivos eran el segundo diagnóstico más frecuente (tras los trastornos de conducta) con un 14,6% de los casos que demandaron aten-ción. En este porcentaje se incluyó también el diagnóstico de trastorno de adaptación, subtipo depresivo. Si solo se incluía el trastorno depresivo ma-yor y la distimia, la prevalencia de los trastornos depresivos fue del 7,4% de la muestra total7.

Estudios realizados en Estados Unidos han observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general8 y entre el 0,5% y el 2% en niños y niñas de entre nueve y once años9. Por su parte, otros autores observan una prevalencia de depresión en niños del 0,4-2,5% y del 5-8,3% entre adolescentes10-12. Algunos estudios han encontrado que en niños tra-tados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%13, y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario14.

*Sexo.* En las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresi-vo mayor es similar entre niños y niñas. Sin embargo, entre adolescentes, la prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:115-17, debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hor-monales que se producen durante la pubertad18. Por otra parte, un estudio longitudinal prospectivo de 10 años de duración en preadolescentes reveló que el momento crítico en el que aparece la diferencia entre sexos es entre los 15 y 18 años19 (tabla 1).

*Nivel socioeconómico.* Varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión20,21. Sin em-bargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, inde-pendientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental22.

28 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Tabla 1. Epidemiología de los trastornos depresivos en niños y adolescentes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | País | Niños | Adolescentes |
|  |  |  |  |
| Prevalencia | EE.UU. | 0,4-2,5% | 5-8,3% |
|  |  |  |  |
|  | España | 1,8% | 3,4-5% |
|  |  |  |  |
| Cociente mujer: varón |  | 1:1 | 2:1 |
|  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia

*Comorbilidades.* Estudios clínicos23-25 y epidemiológicos26,27 muestran que el 40-70% de los niños y adolescentes con depresión tienen trastornos mentales asociados, y al menos entre el 20-50% han sido diagnosticados de dos o más patologías. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son el trastorno distímico y el de ansiedad (ambos entre un 30 y un 80%), abuso de sustancias (20-30%) y trastornos de conducta (10-20%). Excepto para el abuso de sustancias, el trastorno depresivo mayor es más probable que ocurra después del comienzo de otros trastornos10. La presencia de comor-bilidades afecta de forma importante en la aparición de depresión resistente, duración del episodio, intentos de suicidio o comportamientos suicidas, nivel de funcionamiento en su vida cotidiana o respuesta al tratamiento16, 28.

1.2. Repercusiones de la depresión

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su creci-miento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible conti-nuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolon-gación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina29-31. Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria32, 33, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social.

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes34, 35. Así, según las estimaciones de la OMS36, el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15-44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes, sobre todo varones.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 29

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, en España el tratamiento farmacológico antidepresivo en el año 2006 supuso un coste superior a los 600 millones de euros, y se dispensaron más de 21 millones de envases clí-nicos37. Sin embargo, el gasto farmacéutico no supone un coste importante dentro del tratamiento de la depresión de los niños y adolescentes, pues, según un estudio realizado en Lleida (Cataluña), entre los años 2002 y 2004, el porcentaje de pacientes que recibieron algún fármaco antidepresivo fue del 0,4% en niños y del 0,3% en niñas entre 0 y 14 años de edad, mientras que en la franja de edad de 15 a 24 años fue del 1,9% en varones y del 4,2% en mujeres38.

Debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales fac-tores de riesgo de suicidio y a su repercusión sobre la estructura familiar y social, la depresión infanto-juvenil se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad.

30 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

2. Alcance y objetivos

La elaboración de esta guía de práctica clínica (GPC) sobre el manejo de la depresión mayor en el niño y en el adolescente se justifica por la magnitud del problema, tanto sanitario como social, y por la demanda generada desde diferentes ámbitos del sistema sanitario implicados en el abordaje de esta patología.

Estas recomendaciones han sido desarrolladas por un equipo multi-disciplinar, formado por profesionales implicados en el cuidado de personas con este tipo de trastornos y que previamente al desarrollo del trabajo, cum-plimentaron una declaración de conflictos de interés.

Los **principales usuarios** a los que va dirigida la guía son todos aquellos profesionales sanitarios implicados en el manejo de la depresión, así como a los propios pacientes y sus cuidadores, para los que se ha realizado un anexo con información específica.

Son **objetivos** de esta guía de práctica clínica:

• Mejorar la atención sanitaria prestada a los niños y adolescentes con depresión en el ámbito de la atención primaria y especializada.

• Ofrecer recomendaciones al profesional sanitario para la atención de estos pacientes.

• Desarrollar indicadores que puedan utilizarse para evaluar la práctica de los profesionales.

• Ayudar a los pacientes y a sus familiares a tomar decisiones informadas, elaborando información específicamente dirigida a ellos.

El **alcance de la GPC** es el siguiente:

• Los grupos cubiertos por la guía son aquellos niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 5 y los 18 años, que presenten criterios de depresión mayor leve, moderada o grave.

• La guía no cubre cualquier otra alteración del estado de ánimo.

• La guía cubre aquella atención que los niños y adolescentes con depresión puedan esperar recibir de los profesionales sanitarios, tanto en atención primaria como en atención especializada (salud mental infantojuvenil).

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 31

• No se abordan otros servicios, como los sociales, educacionales o de tiempo libre.

• Las áreas clínicas que contempla la guía son:

• Criterios diagnósticos.

• Diagnóstico temprano en atención primaria.

• Opciones de tratamiento de la depresión:

— Manejo farmacológico (dosis, duración, cese, efectos secunda-rios, toxicidad y ausencia de respuesta a la medicación).

— Intervenciones psicoterapéuticas (modalidades, número de sesiones, duración) y otras terapias.

• Manejo de la depresión resistente y prevención de recaídas.

• Prevención y abordaje del suicidio en el adolescente.

• El consentimiento informado desde el punto de vista legal en España.

• Áreas no abordadas por la GPC son:

• Aquellos tratamientos no incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en España.

• La prevención primaria de la depresión mayor en el niño y adolescente.

• La organización de los servicios asistenciales.

• Otras opciones terapéuticas, como hospitales de día o asistencia domiciliaria.

32 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

3. Metodología

La **metodología** empleada se recoge en el manual metodológico desarrolla-do para la elaboración de GPCs en el Sistema Nacional de Salud39.

3.1 Participantes en la GPC

Los distintos participantes en la guía se relacionan en el apartado de autoría y colaboraciones:

• Coordinación: dos coordinadores, uno clínico y otro metodológico.

• Grupo elaborador: además de los coordinadores, estuvo formado por dos técnicos pertenecientes a la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t) y por diez profesionales sanitarios: cuatro psiquiatras (dos de adultos y dos infantiles), dos pediatras (de atención primaria y especializada), un médico de familia, dos psicólogos clínicos (uno infantil y uno de adultos) y un profesional de enfermería de salud mental.

• Colaboradores expertos: fueron profesionales con conocimiento y experiencia en temas específicos de la guía.

• Grupo revisor: formado por representantes de las diferentes sociedades científicas y asociaciones directamente relacionadas con la depresión del niño y adolescente, así como por profesionales con conocimiento y experiencia en el tema de la guía, propuestos por los miembros del grupo elaborador.

• Para la elaboración de la GPC se contó también con la colaboración de dos documentalistas de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia.

Las **funciones** de los diferentes participantes se detallan en la tabla 2.

Tanto los coordinadores, como los miembros de los grupos elaborador y re-visor de la guía declararon los posibles **conflictos de interés** (anexo 5).

Las posibles necesidades de formación del grupo elaborador se cubrie-ron con un **programa formativo** elaborado desde avalia-t y constituido por una serie de cursos en línea.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 33

**Tabla 2. Funciones de los participantes en la GPC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coordinadores | Clínicos | Técnicos | Colaboradores | Revisores | Documentalista |  |
|  | expertos | externos |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboración de las | +++ | +++ | ++ | ++ | - | - |  |
| preguntas clínicas |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Búsqueda | - | - | ++ | - | - | +++ |  |
| bibliográfica |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluación y síntesis | ++ | + | +++ | - | - | - |  |
| de resultados |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Interpretación de | +++ | +++ | ++ | - | - | - |  |
| resultados |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Recomendaciones | ++ | +++ | ++ | ++ | - | - |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Redacción | ++ | ++ | +++ | + | + | - |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Revisión externa | - | - | - | - | +++ | - |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia

3.2. Protocolo Metodológico

3.2.1. Formulación de las preguntas clínicas

Los componentes del grupo elaborador de la guía fueron los encargados de formular las preguntas clínicas necesarias para abarcar el alcance de la guía. Las preguntas clínicas se realizaron de forma genérica y en el denomina-do formato PICO: P (pacientes), I (intervenciones), C (comparaciones) y O (*outcomes* o resultados).

3.2.2. Búsqueda preliminar de información científica y selección de

GPC

Se realizó una primera búsqueda bibliográfica de los últimos diez años, con el fin de localizar todas las GPC existentes en las principales bases de datos bibliográficas.

Se procedió a evaluar la calidad metodológica de las GPC previas, me-diante el documento AGREE40, y se seleccionó la de mayor puntuación, que se consideró de referencia41. La evaluación de las GPC previas se expone en un documento anexo de material metodológico.

34 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Las situaciones con las que nos encontramos, fueron las siguientes:

• La guía respondía de forma incompleta a la pregunta, debido a una falta de actualización. Ocurrió en todos los casos, y se procedió a una actualización de la bibliografía hasta el momento actual.

• La guía respondía de forma incompleta a la pregunta debido a que la respuesta de la guía era solo parcial o no se adaptaba a nuestro contexto local, por lo que fue necesario volver a redactar la recomendación. En ese caso se realizó una elaboración parcial, con una búsqueda y evaluación adicional.

• La guía no respondía a la pregunta: elaboración *ex novo*.

3.2.3. Localización y selección de estudios

En cada apartado de la guía se establecieron *a priori* los descriptores que se iban a manejar, los criterios de inclusión y exclusión y las estrategias de búsqueda y su extensión.

Cada estrategia de búsqueda bibliográfica sistemática se realizó de ma-nera que permitiese identificar de forma adecuada los estudios y ser fácil-mente reproducible. Se fundamentó en los elementos de las preguntas de la revisión y en el diseño de estudio que se consideró más apropiado.

En un documento anexo de material metodológico se detallan las ba-ses de datos y el resto de fuentes de información de búsqueda de la eviden-cia científica, que, en líneas generales, fueron las siguientes:

• Especializadas en revisiones sistemáticas, como la *Cochrane Library Plus* y la base de datos del NHS *Centre for Reviews and Dissemination* (HTA, DARE y NHSEED).

• Especializadas en guías de práctica clínica y otros recursos de síntesis, como la base de datos TRIP (*Turning Research into Practice*) o GuíaSalud.

• Generales, como Medline (Pubmed), EMBASE (Elsevier o Ovid), ISI WEB, IBECS (Índice bibliográfico en Ciencias de la Salud) e IME (Índice médico español).

Las fases de la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes:

• Búsqueda sistemática: se realizó en todas las bases de datos seleccionadas y utilizando los términos identificados previamente. Se establecieron los criterios de inclusión para determinar qué artículos seleccionar.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 35

• Búsqueda manual: de la bibliografía incluida en los artículos seleccionados, con el fin de localizar estudios adicionales.

Una vez identificados los artículos relevantes para la revisión, se pro-cedió a su selección y se evaluó si cumplían los criterios de inclusión o exclu-sión establecidos. Además, se realizó una valoración crítica de los estudios mediante listas de comprobación de la calidad. Todo este proceso lo realiza-ron dos revisores independientes.

3.2.4. Extracción de los datos

Se utilizó un formulario específico que ayudase a extraer de forma homogé-nea toda la información relevante y posteriormente a incluirla en tablas de evidencia. En líneas generales, los componentes del formulario para estu-dios de eficacia y efectividad fueron los siguientes:

• Fecha de la extracción de los datos e identificación del revisor • Título, autores, revista y otros detalles del estudio • Características de los estudios

— Características de la población

— Diseño y calidad metodológica del estudio

— Datos de la intervención

• Medidas de resultado

3.2.5. Síntesis e interpretación de los resultados

La síntesis se realizó de forma descriptiva mediante la elaboración de ta-blas de evidencia en las que se resumieron las principales características y resultados de cada estudio. La interpretación de los resultados se llevó a cabo discutiendo la fuerza de la evidencia (calidad de los estudios incluidos, magnitud y significación de los efectos observados, consistencia de los efec-tos en los diferentes ensayos, etc.), la aplicabilidad de los resultados y otra información, como costes, aspectos legales y éticos y la práctica habitual en el contexto.

3.2.6. Conclusiones y recomendaciones

La formulación de las recomendaciones se basó en la “evaluación formal” o “juicio razonado” de SIGN, y se redactaron de forma clara, evitando deduc-ciones que pudiesen dar lugar a una mala interpretación y basándose exclu-sivamente en el conocimiento revisado. Las recomendaciones se graduaron de acuerdo con la fuerza de la evidencia, siguiendo la escala de SIGN *(Scot-tish Intercollegiate Guidelines Network)*42 (ver tabla al comienzo de la guía).

36 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de pruebas se resolvie-ron por consenso informal del grupo elaborador. Para la elaboración de los indicadores de calidad se utilizó el “método de uso apropiado” o “método RAND/UCLA” 43.

3.2.7. Revisión externa y recomendaciones finales

En la revisión de la guía participaron profesionales expertos a propuesta de las diferentes sociedades científicas y asociaciones involucradas en el tema objeto de la guía, así como otros que se consideraron relevantes.

3.2.8. Actualización

La actualización de la GPC se realizará cada tres años, excepto que la apa-rición de conocimiento científico relevante obligue a realizarla antes de esa fecha, fundamentalmente en aquellos aspectos o preguntas concretas en que las recomendaciones se modifiquen sustancialmente.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 37

1. Definición, diagnóstico clínico y criterios diagnósticos

4.1. Definición

La depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patoló-gica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funciona-miento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva44. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque no suele presentarse de forma aislada como un cuadro único, sino que es más habitual su asociación a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones.

4.2. Diagnóstico clínico de la depresión mayor

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Así, los niños más pequeños pue-den tener dificultades para reconocer algunos síntomas o para comunicar sus ideas y pensamientos, lo que podría impedir un correcto diagnóstico. Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la informa-ción aportada por los padres y por el entorno escolar.

En general, la depresión infantil tiene un modo de presentación po-limorfo y puede enmascararse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos. En estas etapas, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión. Las manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo45-47 (tabla 3).

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de per-sistir la depresión en la edad adulta48, 49. Más del 70% de los niños y adolescentes

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 39

con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado41. Las posibles razones podrían ser varias:

• Distintas manifestaciones clínicas de la depresión en niños que en adultos o presentaciones atípicas.

• Mayor dificultad de los niños y adolescentes para identificar como depresión lo que les ocurre.

• No creencia entre los padres o familiares de la existencia de depresión en estas edades, no querer reconocerla por el estigma que produce o creer que podría deberse a un fracaso como educadores, aunque no sea cierto.

• Falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los profesionales sanitarios.

• No existencia de criterios clasificatorios específicos para la infancia y adolescencia.

**Tabla 3. Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Menores de 7 años | El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabili- |  |
|  | dad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores |  |
|  | abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo |  |
|  | o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fraca- |  |
|  | so en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad |  |
|  | en el desarrollo emocional. |  |
|  | En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con |  |
|  | los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación |  |
|  | (encopresis, enuresis). |  |
|  |  |  |
| Niños de 7 años a | Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas: |  |
| edad puberal | a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición |  |
|  |  |
|  | psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, |  |
|  | culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. |  |
|  | b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, |  |
|  | disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en |  |
|  | la escuela y en la relación con sus iguales. |  |
|  | c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínte- |  |
|  | res, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para |  |
|  | su edad cronológica y disminución o aumento del apetito. |  |
|  |  |  |
| Adolescentes | Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más |  |
|  | conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, |  |
|  | inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, senti- |  |
|  | mientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, |  |
|  | descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento |  |
|  | social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen |  |
|  | deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensa- |  |
|  | mientos relativos al suicidio. |  |
|  | Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos |  |
|  | disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos |  |
|  | por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. |  |
|  |  |  |



Fuente: Elaboración propia y adaptación de varias fuentes45-47

40 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

El infradiagnóstico e infratratamiento son los mayores problemas en los ni-ños menores de siete años, en parte debido a la limitada capacidad para comunicar emociones y pensamientos negativos con el lenguaje y a la con-secuente tendencia a la somatización. Así, los niños con depresión presentan en muchas ocasiones quejas o molestias difusas, cefalea o dolor abdominal. En la tabla 3 se recogen los principales síntomas según la edad.

4.3. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (*Trastornos mentales y del comportamiento*, CIE-10)50 y la de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR)51. Esta guía de práctica clínica asume la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la dé-cima revisión de la CIE (tablas 4 y 5) con los códigos F32 (episodios depre-sivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente) y en el DSM-IV-TR (tabla 6), con los códigos 296.2X (trastorno depresivo) y 296.3X (trastorno depresivo recidivante). Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV-TR la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional (los criterios de gravedad de CIE-10 y DSM-IV-TR figuran en el anexo 1).

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos (tabla 4) y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóti-cos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depre-sivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas. Existe una clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del compor-tamiento para niños y adolescentes, basada en la CIE-1052. Esta clasificación se organiza en seis ejes: los cinco primeros son categorías que aparecen en la CIE-10, aunque estructurados de forma diferente y en ocasiones se descri-ben con más detalle. El sexto eje evalúa de forma global la discapacidad y no está incluido en la CIE-10. Sin embargo, su inclusión en esta clasificación se debe a que la evaluación de la discapacidad ha sido reconocida por la OMS como fundamental.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 41

**Tabla 4. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10**

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un signi-ficado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogeno-morfos

— Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras

— Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta

— Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual

— Empeoramiento matutino del humor depresivo

— Presencia de enlentecimiento motor o agitación

— Pérdida marcada del apetito

— Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes

— Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS50

En la tabla 5 se realizan algunos comentarios específicos para los niños y adolescentes sobre los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según la clasificación de la CIE-10, con información extraída de la bibliografía53-56.

El DSM-IV-TR (tabla 6) utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, re-quiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específi-cos para la remisión parcial/total o no especificada (ver anexo 1). El diagnós-tico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

42 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Tabla 5. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática según la edad**

A. Criterios generales para episodio depresivo

— El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

— El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

1. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

|  |  |
| --- | --- |
| *Adultos* | *Niños y adolescentes* |
|  |  |
| Humor depresivo de un carácter claramente | El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños |
| anormal para el sujeto, presente durante la | pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro |
| mayor parte del día y casi todos los días, que | pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y |
| se modifica muy poco por las circunstancias | presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre |
| ambientales y que persiste durante al menos | comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como |
| dos semanas. | “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado |
|  | o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes |
|  | mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos. |
|  |  |
| Marcada pérdida de los intereses o de la | La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades |
| capacidad de disfrutar de actividades que | escolares. |
| anteriormente eran placenteras. |  |
|  |  |
| Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. | La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o |
|  | frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga. |
|  |  |

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

|  |  |
| --- | --- |
| Pérdida de confianza y estimación de sí mismo | Similar a los adultos. |
| y sentimientos de inferioridad. |  |
|  |  |
| Reproches hacia sí mismo desproporcionados y | Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa |
| sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. | excesiva o inapropiada no suele estar presente. |
|  |  |
| Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, | Indicios no verbales de conducta suicida, incluídos comportamientos |
| o cualquier conducta suicida. | de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” |
|  | autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.). |
|  |  |
| Quejas o disminución de la capacidad de | Los problemas con la atención y concentración pueden |
| concentrarse y de pensar, acompañadas de | mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento |
| falta de decisión y vacilaciones. | escolar. |
|  |  |
| Cambios de actividad psicomotriz, con agitación | Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse |
| o inhibición. | comportamiento hiperactivo. |
|  |  |
| Alteraciones del sueño de cualquier tipo. | Similar a los adultos. |
|  |  |
| Cambios del apetito (disminución o aumento) | Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo. |
| con la correspondiente modificación del peso. |  |
|  |  |
| D. Puede haber o no síndrome somático\* | Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son |
|  | particularmente frecuentes en niños. |
|  |  |

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: CIE-10 e información extraída de la bibliografía53-56

\* Síndrome somático: ver tabla 4

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 43

**Tabla 6. Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR**

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o

* 1. pérdida de interés o placer.
     1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
     2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
     3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
     4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
     5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
     6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
     7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
     8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
     9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

1. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
2. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
3. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).
4. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupa-ción mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: DSM-IV-TR51

4.4. Diagnóstico diferencial

En la tabla 7 se muestran los principales fármacos, tóxicos y enfermedades que pueden manifestarse con síntomas depresivos en niños y adolescentes (según CIE-10 y DSM IV-TR).

4.4.1. Comorbilidad

El estudio de la psicopatología infantil ha mostrado que la comorbilidad es una regla más que una excepción57.

Entre el 40 y el 90% de los adolescentes deprimidos padecen un tras-torno comórbido58, y al menos el 20-50% tienen dos o más diagnósticos co-mórbidos. Una revisión de estudios epidemiológicos59 destaca la presencia

44 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

de los trastornos de conducta (40%) y los trastornos de ansiedad (34%) como los más frecuentemente asociados, seguidos del abuso de sustancias. Posiblemente estos trastornos compartan con el cuadro depresivo factores de riesgo, como factores genéticos o psicosociales, pudiendo el uno ser causa del otro o bien parte de un cuadro común (ver tablas 8 y 9).

**Tabla 7. Diagnóstico diferencial de trastorno depresivo mayor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Otras enfermedades \* | Fármacos | Tóxicos |  |
|  |  |  |  |
| • Endocrinas: anemia, hipotiroidismo, | • Glucocorticoides sist�micos | • Alcohol |  |
| enfermedad de Addison. | • Anticon�ulsi�antes | • Cocaína |  |
|  |  |
| • Neurológicas: síndrome postcontusión, | • Neurol�pticos | • Opioides |  |
| epilepsia. |  |
| • Estimulantes | • Anfetaminas |  |
| • �M**eta**�b**ólicas: dia**�b**etes,** défi��**cit de** �v**ita**�- |  |
| • Anticoncepti�os orales | • Canna�is |  |
| mina B12. |  |
|  |  |  |
| • Autoinmunes: LES. |  |  |  |
| • Infecciosas: hepatitis, mononucleosis, |  |  |  |
| VIH. |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Se deben tener en mente estas posibles causas con el fin de realizar las pruebas pertinentes si hay indicios que orienten a estas patologías.

LES: lupus eritematoso sistémico; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: elaboración propia

Ante un cuadro conductual es importante que el clínico tenga siempre en cuenta el trastorno depresivo mayor, ya que la naturaleza y las repercusio-nes en el entorno del primero pueden hacer pasar por alto un trastorno de-presivo subyacente.

**Tabla 8. Diagnóstico diferencial de la depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos en el niño-adolescente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Trastornos psiquiátricos no afectivos | Trastornos psiquiátricos | Otros cuadros |  |
| polo afectivo |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| • Trastorno por d��cit de atención con | • Distimia | • Síndrome pre- |  |
| hiperactividad | • Trastorno �ipolar | menstrual |  |
|  |  |  |
| • Trastornos de ansiedad | • Trastorno adaptati�o | • Duelo no pato- |  |
|  | lógico |  |
| • Trastorno de conducta alimentaria |  |  |
|  |  |  |
| • Trastorno de personalidad |  |  |  |
| • Trastorno de conducta |  |  |  |
| • Trastornos psicóticos |  |  |  |
|  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 45

La comorbilidad tiene una alta trascendencia en cuanto al pronóstico clínico (peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad) y un alto coste social (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos).

No obstante, se debe tener en cuenta que el análisis de la comorbilidad de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales es complejo y con-trovertido, no solo por su alta frecuencia sino por la existencia de un sola-pamiento sintomático, por la escasez de signos y síntomas patognomónicos, la variabilidad de los criterios diagnósticos, las diferencias metodológicas aplicadas así como la escasez de estudios longitudinales y prospectivos.

**Tabla 9. Comorbilidad de la depresión mayor en niños y adolescentes**

|  |  |
| --- | --- |
| Niños | Adolescentes |
|  |  |
| • Ansiedad de separación | • Distimia |
| • Otros trastornos de ansiedad | • A�uso de tóxicos |
| • TDAH | • Trastorno de conducta |
|  | • Fo�ia social |
|  | • Trastorno de ansiedad |
|  | • TDAH |
|  |  |

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Fuente: elaboración propia

46 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor

**Preguntas para responder:**

• ¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión en niños y adoles-centes?

• ¿Cuáles son las escalas más utilizadas en la evaluación de la depre-sión en niños y adolescentes?

• ¿El cribado de la depresión en niños y adolescentes mejora los resul-tados a largo plazo?

5.1. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las proba-bilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la preven-ción60, 61. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocu-rrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión62, 63.

5.1.1. Factores familiares y del entorno

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante pa-pel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predeci-ble en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

Riesgos familiares

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia62, 64, 65. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor63, 66 y en concreto, la psicopatolo-gía materna se considera un predictor de depresión en el niño67.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 47

El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabi-lidad de depresión67.

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño62, 66, 68. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo 62-66, 68-71.

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes62.

Riesgos en relación con el entorno

La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de con-flictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabi-lidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social62.

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los pa-dres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adapta-ción a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja.

No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano72.

El acoso por parte de iguales o *bullying* y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión69.

Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los recluidos en instituciones de seguridad62.

48 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión72.

5.1.2. Factores individuales

Sexo

Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente igua-les en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescen-cia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femeni-no69. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos62, 63.

Factores de riesgo genéticos y bioquímicos

Como ya se ha comentado anteriormente, hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de de-presión o de otra enfermedad mental66. Sin embargo, la información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la pre-sentación de depresión en la niñez que en la adolescencia62.

No obstante, no queda claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, es-tudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos63. Sin em-bargo, el mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido73. Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depre-sión74, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente73.

Existe alguna evidencia que indica que alteraciones de los sistemas se-rotoninérgico y corticosuprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Así se han visto alteraciones de la función serotoninérgica en niños con historia familiar de depresión. Por otra parte, niveles incrementados de cortisol y de dehidroepiandrosterona predicen el comienzo de la depresión en subgrupos de adolescentes con ries-gos psicosociales elevados de presentarla62, 70. También parecen existir alte-raciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de depresión63.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 49

Factores psicológicos

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aun-que la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión.

La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas63.

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cogni-tivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características62, 63.

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depre-sión mayor en niños y adolescentes62, 63. Finalmente, aquellos niños y ado-lescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje62, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión63, 66, 70.

Para concluir, la tabla 10 resume los principales factores personales im-plicados en la depresión en niños y adolescentes, clasificados como factores de vulnerabilidad, de activación y protectores62.

5.2. Evaluación

La evaluación de la depresión infantojuvenil puede tener una finalidad diag-nóstica, cuando el objetivo es comprobar la presencia o ausencia de unos criterios diagnósticos (normalmente CIE o DSM), puede realizarse con la finalidad de cuantificar la frecuencia o gravedad de los síntomas y/o tener como objetivo la realización de un cribado diagnóstico.

La evaluación de la depresión mayor en la infancia y adolescencia, aun-que comparte los objetivos de cualquier evaluación en salud mental, tiene al-gunas características especiales. Así, es importante tener en cuenta que los síntomas depresivos se expresan en los niños de forma diferente que en los adultos, en parte debido a la capacidad limitada de reconocer y comunicar emociones y pensamientos negativos, sobre todo en aquellos de menor edad.

50 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Tabla 10. Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil**

Factores de vulnerabilidad (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad):

• Factores gen�ticos

• Historia de trastorno afecti�o en los padres

• Sexo femenino

• Edad post�pu�eral

• Antecedentes de síntomas depresi�os

• Antecedentes de a�uso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino

• Afecti�idad negati�a

• Pensamientos de tipo rumiati�o.

Factores de activación (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acotencimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad):

• Conflictos conyugales

• Desestructuración familiar

• Acoso o humillación

• Situaciones de a�uso físico, emocional o sexual

• Consumo de tóxicos.

Factores de protección (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación):

• Buen sentido del humor

• Buenas relaciones de amistad

• Relaciones estrechas con uno o más miem�ros de la familia

• Logros personales �alorados socialmente

• Ni�el de inteligencia normal�alto

• Práctica de algún deporte o acti�idad física

• Participación en clu�es escolares/sociales o en �oluntariado.

Fuente: Elaboración propia y adaptado de NICE62

Debido a esto, es importante obtener información de diferentes fuentes además del niño. Se debe contar con la información de los padres y de los profesores y orientar la evaluación hacia síntomas que tienen que ver con problemas de conducta (agresividad, rendimiento escolar...) o hacia aspec-tos como las quejas somáticas y el retraimiento social, aunque los aspectos cognitivos también deben ser cuantificados.

5.2.1. Métodos de evaluación

Existen diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en ni-ños y adolescentes, fundamentalmente, cuestionarios autoinformados (auto o heteroaplicados) y entrevistas con diferente grado de estructuración. El instrumento de evaluación que se elegirá, dependerá fundamentalmente del objetivo de ella.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 51

Algunos instrumentos de evaluación son más generales y otros más es-pecíficos, y algunos presentan versiones reducidas para disminuir el tiempo empleado en su realización66 e incluso pueden ser empleados en diferentes ámbitos, no solo en el ámbito clínico62, 75 .

Cuestionarios de depresión

Uno de los métodos de evaluación más empleados son los cuestionarios. Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes, así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual y/o fisiológica.

Los cuestionarios de evaluación de la depresión tienen diferentes uti-lidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos (monitorización de síntomas), realizar cribado e incluso, cualificar el tipo de trastorno.

En la tabla 11 se exponen algunos de los cuestionarios que pueden ser empleados para la evaluación de la depresión.

Instrumentos basados en entrevistas

Las entrevistas clínicas varían de acuerdo con el grupo de edad al que van dirigidas, y según su formato pueden ser entrevistas semiestructuradas o es-tructuradas. Actualmente son muy empleadas, ya que tienen la ventaja de que permiten la homogeneización de los datos (tabla 12).

La mayor parte de ellas se fundamentan en alguno de los sistemas diag-nósticos y en líneas generales ofrecen al clínico una guía para preguntar y registrar la información obtenida, lo que permite establecer un diagnóstico y estudiar la comorbilidad. Estas entrevistas requieren de entrenamiento para su utilización y deben ser empleadas por especialistas en salud mental.

52 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Tabla 11. Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Edad | Nº de |  | Adaptación y |  |
| Nombre/autor, año. | Características | validación al |  |
| (años) | items |  |
|  |  | castellano |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Children’s Depression | 7-17 | 27 (larga) | - Versión modificada del BDI para | - Versión corta: |  |
| Inventory (CDI)/Kovacs, |  | 10 (breve) | su uso en niños y adolescentes. | Del Barrio *et al*.(77) |  |
| 1992 (76). |  |  | - La mayor parte de los ítems | - Versión larga: |  |
|  |  |  | miden aspectos cognitivos, no | Frías *et al*.(78) |  |
|  |  |  | mide aspectos biológicos ni |  |  |
|  |  |  | conductuales. |  |  |
|  |  |  | - Con diferentes puntos de corte |  |  |
|  |  |  | según su finalidad (cribado o |  |  |
|  |  |  | ayuda al diagnóstico). |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Reynolds Adolescent | 13-17 | 30 | - Presenta un elevado porcentaje | Del Barrio *et al*. |  |
| Depression Scale |  |  | de falsos positivos (30%) al | (1994) (80) |  |
| (RADS)/Reynolds, |  |  | punto de corte de la depresión. |  |  |
| 1987 (79). |  |  | - No es particularmente efectivo |  |  |
|  |  |  | detectando cambios. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Reynolds Child | 9-12 | 30 | - Versión similar al RADS para su | Del Barrio *et al*. |  |
| Depression Scale |  |  | uso en niños. | (1996) (80) |  |
| (RCDS)/Reynolds, |  |  | - En general peores cualidades |  |  |
| 1989 (81). |  |  | psicométricas que el RADS. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Beck Depression |  |  | - Forma más reciente, próxima al | Sanz *et al*. (83-85) |  |
| Inventory-2nd ed (BDI- | 13-18 | 21 | DSM-IV, diseñada para realizarse |  |  |
| II)/Beck *et al.* 1996 (82). |  |  | en 10 minutos. |  |  |
|  |  |  | - Diferencia de forma precisa |  |  |
|  |  |  | adolescentes que pueden sufrir |  |  |
|  |  |  | depresión de aquellos con una |  |  |
|  |  |  | probabilidad más baja. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Kutcher Adolescent | 6-18 | 16 (larga) | - Buena fiabilidad y validez. | Sin datos |  |
| Depression Scale |  | 6 (breve) | - La versión corta podría |  |  |
| (KADS)/Le Blanc *et al*., |  |  | ser efectiva para descartar |  |  |
| 2002 (86). |  |  | la depresión en muestras |  |  |
|  |  |  | comunitarias y ha obtenido |  |  |
|  |  |  | mejores resultados que el BDI. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Patient Health | 13-18 | 83 | - Cuestionarios PHQ basados en | Sin datos |  |
| Questionnaire- |  |  | el DSM-IV. |  |  |
| Adolescent version |  |  | - Diseñado para su utilización en |  |  |
| (PHQ-A)/Johnson *et al*., |  |  | atención primaria. |  |  |
| 2002 (87). |  |  | - Incluye ítems sobre depresión y |  |  |
|  |  |  | otros trastornos frecuentes de la |  |  |
|  |  |  | adolescencia. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Escala para la | 8-12 | 16 | - Los ítems se refieren a | Elaborada para |  |
| evaluación de la |  |  | depresión, alegría y popularidad. | población española. |  |
| depresión para |  |  | - Sus autores han obtenido cuatro |  |  |
| maestros (EDSM)/ |  |  | factores: rendimiento, interacción |  |  |
| Domènech y Polaino, |  |  | social, depresión inhibida y |  |  |
| 1990 (88). |  |  | depresión ansiosa. |  |  |
|  |  |  | - Los puntos de corte varían |  |  |
|  |  |  | según la edad. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 53

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Center for | 12-18 | 20 | - Sin validez clara y con puntos | Soler *et al.*(90) |  |
| Epidemiological |  |  | débiles en adolescentes. |  |  |
| Studies –Depression |  |  | - En el grupo de edad más joven |  |  |
| Scale (CES-D)/Radloff, |  |  | mide sintomatología depresiva |  |  |
| 1977(89). |  |  | más que depresión. |  |  |
|  |  |  | - Adaptado y validado en |  |  |
|  |  |  | castellano. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Preeschol Symptoms | 3-7 | - | - No específico de depresión. | Pictórico: buenas |  |
| Self-Report (PRESS)/ |  |  | - Presentación pictórica. | características |  |
| Martini *et al*., 1990 (91). |  |  | - 25 láminas, cada lámina tiene | psicométricas en |  |
|  |  |  | una versión de carácter alegre o | población española. |  |
|  |  |  | triste, debe elegirse una de ellas. |  |  |
|  |  |  | - Existe versión según sexo y para |  |  |
|  |  |  | padres y profesores. |  |  |
|  |  |  | - Buenas características |  |  |
|  |  |  | psicométricas con población |  |  |
|  |  |  | española. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Pediatric Symptom | 3-16 | 35 | - Versión para padres y para | Sin datos |  |
| Checklist (PSC)/ |  |  | adolescentes. |  |  |
| Jellinek *et al*., 1979 (92). |  |  | - Ventajas: brevedad y |  |  |
|  |  |  | capacidad de cribar diferentes |  |  |
|  |  |  | aspectos psicosociales y del |  |  |
|  |  |  | comportamiento. |  |  |
|  |  |  | - No diseñada para identificar |  |  |
|  |  |  | enfermedades mentales |  |  |
|  |  |  | específicas. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Child Behavior | 4-18 | 133 | - La versión original es para | Rubio-Spitec *et al*. (94) |  |
| Checklist (CBCL)/ |  |  | padres, pero existe una |  |  |
| Achenback, 1985 (93). |  |  | versión para profesores y otra |  |  |
|  |  |  | autoaplicada para adolescentes |  |  |
|  |  |  | de 11-18 años. |  |  |
|  |  |  | - Incluye ítems sobre algunas |  |  |
|  |  |  | manifestaciones de depresión. |  |  |
|  |  |  | - Ventajas: aporta información |  |  |
|  |  |  | sobre problemas conductuales o |  |  |
|  |  |  | comportamiento social. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Youth Self-Report | 11-18 | 120 | - Autoinforme, se complementa | Lemos *et al.* (96) |  |
| (YSR)/ Achemback *et* |  |  | con las versiones del CBCL |  |  |
| *al*., 1987 (95). |  |  | dirigidas a los padres. |  |  |
|  |  |  | - Incluye ítems sobre adaptación |  |  |
|  |  |  | social y problemas de conducta |  |  |
|  |  |  | y emocionales. |  |  |
|  |  |  | - Ventajas: puede complementarse |  |  |
|  |  |  | con las versiones del CBCL para |  |  |
|  |  |  | padres y profesores. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Mood and Feelings | 8-18 | 33 (larga) | - Formato para hijos y padres. | Sin datos |  |
| Questionnaire (MFQ)/ |  | 13 (breve) | - Buena validez diagnóstica. |  |  |
| Wood *et al.,* 1995 (97). |  | - Con diferentes puntos de corte |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | según se trate de adolescentes |  |  |
|  |  |  | o niños más pequeños. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes62, 66, 68, 98-101

54 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Tabla 12. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas utilizadas en la depresión de niños y adolescentes**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Edad | Tiempo |  | Adaptación y |  |
| Nombre/autor, año. | Características | validación al |  |
| (años) | (horas) |  |
|  |  | castellano |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Kiddie Schedule for | 6-18 | 1,5-3 | - Semiestructurada. | Ulloa *et al*. (103) |  |
| Affective Disorders |  |  | - Procedimiento fiable y válido para la |  |  |
| and Schizophrenia for |  |  | evaluación diagnóstica de la depresión. |  |  |
| School-Age Children |  |  | - Consume mucho tiempo, no idónea |  |  |
| (K-SADS)/ Kaufman *et* |  |  | para realizar diariamente en la |  |  |
| *al*., 1997 (102). |  |  | consulta. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Diagnostic Interview | 6-17 | 1-2 | - Estructurada. | Bravo *et al.* |  |
| Schedule for Children |  |  | - Ventaja: puede ser realizada por | (105) |  |
| (DISC)/Costello *et al*., |  |  | personal no sanitario con breve |  |  |
| 1985 (104). |  |  | entrenamiento. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Diagnostic Interview | 6-18 | 1-2 | - Estructurada. | Ezpeleta *et al*. |  |
| for Children and |  |  | - Versión para padres e hijos. | (107) |  |
| Adolescents –Revised |  |  | - Buena validez en adolescentes. |  |  |
| (DICA-R)/ Herjanic y |  |  | - Parece tener tendencia a |  |  |
| Reich, 1991 (106). |  |  | infradiagnosticar adolescentes, |  |  |
|  |  |  | mientras que sobrediagnostica |  |  |
|  |  |  | trastornos externalizantes. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Child and Adolescent | 9-17 | 1-2 | - Estructurada. | Sin datos |  |
| Psychiatric |  |  | - Versión para padres e hijos |  |  |
| Assessment (CAPA)/ |  |  | - Fiable diagnosticando la depresión. |  |  |
| Angold y Costello, |  |  | - Glosario detallado para los |  |  |
| 2000 (108). |  |  | entrevistadores. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Development and Well- | 5-16 | — | - Entrevista estructurada y preguntas | Sin datos |  |
| Being Assessment |  |  | abiertas. |  |  |
| (DAWBA)/ Goodman *et* |  |  | - Conjunto de cuestionarios, entrevistas |  |  |
| *al*., 2000 (109). |  |  | y escalas de gradación diseñadas para |  |  |
|  |  |  | generar diagnósticos psiquiátricos |  |  |
|  |  |  | basados en la CIE-10 y en la DSM-IV |  |  |
|  |  |  | en niños de 5-16 años. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Children’s Depression | 6-12 | 0,5 | - Semiestructurada. | Polaino y |  |
| Rating Scale, Revised |  |  | - Evalúa el grado de gravedad de | Domenech |  |
| (CDRS-R)/ Poznanski |  |  | depresión. | (111) |  |
| *et al*., 1984 (110). |  |  | - Puntúa información verbal y no verbal |  |  |
|  |  |  | (tiempo del habla, hipoactividad, |  |  |
|  |  |  | expresión no verbal de afecto |  |  |
|  |  |  | depresivo). |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes58, 94, 96, 97

5.2.2. Cribado de la depresión

Diferentes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto un posible in-fradiagnóstico e infratratamiento de la depresión en un elevado porcentaje de niños y adolescentes. Estudios realizados en EE.UU. muestran que solo el 50% de los adolescentes con depresión se diagnostican antes de llegar a la edad adulta y que dos de cada tres jóvenes con depresión no se detectan en atención primaria65.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 55

Debido a esto, se ha propugnado el empleo de instrumentos capaces de realizar un cribado que permita la detección precoz de pacientes con depre-sión, con la finalidad de que los pacientes reciban el tratamiento adecuado, o incluso para realizar intervenciones preventivas en aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar depresión mayor68.

Es importante plantearse si la realización de un cribado mejoraría los resultados en los niños y adolescentes con depresión112, 113 y si debería reali-zarse de una forma amplia (a toda la población general, es decir, a todos los pacientes que acuden la consulta) o de una forma limitada (únicamente a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo).

Existen pocos datos comparativos entre diferentes cuestionarios para su utilización como instrumentos de cribado en la infancia y adolescencia. La guía NICE considera el MFQ uno de los cuestionarios más estudiados y más sólidos para realizar el cribado entre los adolescentes62, aunque en España no ha sido aplicado con este fin. En cuanto al cribado de la depre-sión en niños, la guía NICE no recomienda el uso de ningún cuestionario autoinformado.

En nuestro país el CDI ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y ha demostrado tener un alto poder diferenciador entre niños nor-males y deprimidos111. No obstante, este cuestionario tiene algunas limita-ciones, entre las que destaca la ausencia de ítems relacionados con aspectos conductuales y biológicos, puesto que se centra en aspectos cognitivos100.

Con relación a quién debe ir dirigido el instrumento de cribado para lograr los mejores resultados, existe un consenso generalizado en que se debe preguntar sobre los síntomas y los problemas actuales de forma inde-pendiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando ambos grupos de respuesta para lograr una mejor estimación62 64, 65, 68, fundamentalmente, en edades por debajo de los 14 años68. Si el instrumento de cribado se dirige únicamente a los padres, se tiende a detectar pocos casos de depresión (fal-sos negativos), mientras que, si solo se dirige niños o adolescentes, es proba-ble que se detecten casos que no presentan la patología (falsos positivos).

Otros informadores potenciales podrían ser los profesores, amigos o hermanos64, 114 y entre estos, preferentemente aquellos que tengan una rela-ción más íntima, puesto que podrían informar con mayor fiabilidad62. Con respecto al cribado en el ámbito escolar, en un ensayo clínico aleatorizado y controlado se observó que el entrenamiento de profesores para detectar la depresión en adolescentes no mejoró su habilidad para reconocer esta patología entre los alumnos112.

56 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

En todo caso, estos instrumentos de cribado servirían únicamente para detectar una posible depresión, y sería necesario realizar posteriormente un diagnóstico mediante la entrevista clínica64, 65, 115.

Algunos autores proponen que los médicos de atención primaria de-ben realizar un cribado a los adolescentes con riesgo elevado de depresión durante las visitas a la consulta65, mientras que diferentes organismos como la *U.S. Preventive Services Task Force*116 o la *Canadian Task Force on Preven-tive Health Care*117, consideran que la evidencia científica actual es insuficien-te, tanto para recomendarlo como para no hacerlo.

Debido a esta inexistencia de estudios que evalúen la efectividad de los programas de cribado, de forma general, no se recomienda realizar pro-gramas de cribado de depresión ni en la población general ni en niños o adolescentes de alto riesgo, aunque sí se recomienda de forma individualiza-da, realizar una búsqueda activa de la sintomatología depresiva en aquellos pacientes con factores de riesgo.

**Resumen de la evidencia**

La depresión en niños y adolescentes presenta factores de riesgo múltiples

* correlacionados entre sí, lo que hace improbable que un solo factor de riesgo pueda explicar el desarrollo de la depresión o que su control sea suficiente para prevenir la depresión (62, 63).

En el entorno familiar, se consideran factores de riesgo de depresión la existencia de depresión en los padres, los conflictos conyugales, las dificultades relacionales entre uno

* de los padres y el niño, la presencia de abuso físico, emocional y sexual, la negligencia en el cuidado, así como eventos vitales negativos, como el divorcio o la separación conflictivos de los padres (62-66, 68-71).

Son también factores de riesgo la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo, el acoso y la humillación, vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres

* biológicos, tener problemas de salud o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja, así como sufrir la pérdida de amistades, o la muerte de un familiar o amigo (62-66, 69-72).

Ser del sexo femenino, fundamentalmente en la primera etapa de la adolescencia, tener historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental y ciertas alteraciones bioquímicas u hormonales podrían considerarse factores de riesgo individuales, así

* como también una serie de factores psicológicos, como la afectividad negativa o neuroticismo. Niveles subclínicos de síntomas depresivos incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes (62, 63, 69, 70, 73).

Se han utilizado diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños

* y adolescentes, fundamentalmente cuestionarios autoinformados o entrevistas semiestructuradas (62, 66, 75).
* Existen pocos cuestionarios autoaplicados válidos, fiables y específicamente desarrollados para evaluar la depresión en niños menores de seis años (62, 68).

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 57

Dentro de los cuestionarios autoaplicados para el cribado de la depresión, la guía 1+ NICE propone el MFQ, como el cuestionario más estudiado para su aplicación a

adolescentes (62).

* En nuestro país el CDI ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y ha demostrado tener un alto poder diferenciador entre niños normales y deprimidos (111). Las preguntas dirigidas a detectar precozmente síntomas depresivos deben realizarse de
* forma independiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando los dos grupos de respuestas para lograr una mejor estimación, fundamentalmente en edades por debajo de los 14 años (62, 64, 65, 68).

No existen estudios controlados que demuestren que un programa de cribado mejore los resultados de salud en los niños y adolescentes con depresión mayor.

**Recomendaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Los médicos de familia y pediatras de atención primaria deberían tener una adecuada |  |
| DGPC | formación que les permitiese evaluar aquellos niños y adolescentes con riesgo de |  |
|  | depresión y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica. |  |
|  |  |  |
|  | Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de |  |
| DGPC | otros factores de riesgo, los profesionales de atención primaria deberían realizar un |  |
|  | seguimiento y fomentar la normalización de la vida cotidiana. |  |
|  |  |  |
| DGPC | Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma |  |
|  | rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos. |  |
|  |  |  |
| 3 | El diagnóstico de depresión mayor debe realizarse mediante entrevista clínica. Los |  |
| cuestionarios por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual. |  |
|  |  |  |
|  | No se recomienda realizar cribado de depresión en niños ni en adolescentes de la |  |
| 3 | población general, debido a la inexistencia de estudios que evalúen la efectividad del |  |
|  | cribado. |  |
|  |  |  |
|  | Se deberá realizar una búsqueda activa de sintomatología depresiva en aquellos niños |  |
| 3 | y adolescentes que presenten factores de riesgo, preguntando sobre los síntomas y los |  |
|  | problemas actuales de forma independiente, tanto a ellos como a sus padres. |  |
|  |  |  |
|  | En niños mayores de 8 años y adolescentes, uno de los cuestionarios más utilizados |  |
|  | y validado en castellano es el CDI. En adolescentes, se recomienda la utilización |  |
| 3 | de cuestionarios autoaplicados y validados en nuestro entorno que permitan una |  |
|  | detección precoz de síntomas depresivos. No obstante, no debe olvidarse que para |  |
|  | un diagnóstico completo es necesario realizar una entrevista clínica. |  |
|  |  |  |

58 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Tratamiento de la depresión mayor

**Preguntas para responder:**

• ¿Cuál es la eficacia de los diferentes tipos de psicoterapia en el trata-miento de la depresión mayor en el niño y adolescente?

• ¿Hay algún tipo de psicoterapia más efectiva que otra según el grado de gravedad de la depresión mayor?

• ¿Cuál es la eficacia de los fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor del niño y del adolescente?

• ¿Existe algún fármaco antidepresivo considerado de elección?

• ¿Cuál es la seguridad del tratamiento farmacológico y cuál es su re-lación con la conducta suicida?

6.1. Psicoterapia

La psicoterapia de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia. Existe evidencia de eficacia de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en este grupo de edad118, en especial de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal para adolescentes71.

Para el estudio de la eficacia de las intervenciones psicológicas, los en-sayos clínicos aleatorios se han convertido en una pieza clave, si bien, en general, presentan una serie de dificultades119:

• La variabilidad al aplicar una misma intervención puede afectar a los resultados y hace imprescindible la utilización de manuales de tratamiento, así como realizar una evaluación de la adherencia del terapeuta a dicho manual de tratamiento.

• Es necesario controlar las variables dependientes del terapeuta, sobre todo su entrenamiento psicoterapéutico, experiencia clínica y adherencia al manual de tratamiento.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 59

• Resulta imposible cegar el tratamiento para quien lo administra (psicoterapeuta) y es complicado enmascarar la condición de tratamiento activo para un evaluador externo independiente.

• Las características de los pacientes seleccionados (gravedad del trastorno depresivo, personalidad, historia biográfica, etc.…) y la

utilización de diferentes variables de medida, dificultan la comparación entre estudios.

Además, existen algunas características específicas de los estudios de psico-terapia realizados en niños y adolescentes con depresión mayor:

• La mayoría de los estudios se llevan a cabo en adolescentes, por lo que las conclusiones no se deben generalizar a edades más tempranas.

• Existen diferencias en cuanto al número y calidad de los estudios realizados sobre las diferentes psicoterapias, posiblemente debido a factores que tienen que ver con el coste, ética y complejidad de este tipo de ensayos62.

• Algunos metaanálisis recientes han obtenido un menor tamaño del efecto que en estudios previos. Este cambio en los resultados se debe fundamentalmente a un mayor rigor metodológico118, 120, 121.

6.1.1. Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión122. La interven-ción se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes des-adaptativas relacionadas con la depresión. La activación conductual es tam-bién un aspecto clave de la terapia cognitiva de Beck, que hace un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es una terapia que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas.

Aunque los modelos cognitivo y conductual de la depresión parten de supuestos diferentes para explicar el origen y mantenimiento del trastorno, se denomina terapia cognitivo-conductual (TCC) a la modalidad de terapia que comparte técnicas cognitivas y emplea de forma sistemática técnicas conductuales. La TCC cuenta con el mayor número de estudios publicados, tanto en adultos como en niños y adolescentes123.

La TCC ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión moderada en adultos, con resultados similares a los obtenidos con trata-miento farmacológico119.

60 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

La TCC en niños y adolescentes no difiere ni en la lógica ni en los ele-mentos terapéuticos esenciales de la empleada en adultos, pero como es es-perable, los procedimientos terapéuticos se adaptan a la edad del niño. Así, por ejemplo, la psicoeducación acerca del papel de los pensamientos en los estados emocionales puede valerse de recursos como dibujos e ilustraciones.

Las características más importantes de la TCC empleada en población infantil y adolescente, son las siguientes65, 124:

• Es una terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.

• Sus componentes esenciales son la activación conductual (incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos). También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.

• Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y sesiones opcionales sobre problemas específicos. Habitualmente las estrategias de la terapia se basan en la formulación clínica del problema (formulación en la que se pone especial énfasis en los factores asociados al mantenimiento del trastorno) y la sesión terapéutica sigue una agenda de problemas que se deben tratar.

• Es frecuente incluir sesiones con los padres y/o familiares, con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento.

En cuanto al papel de los padres en el tratamiento, algunos autores lo han calificado de esencial125. Los padres no solo aportan información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, sino que también pueden actuar como agentes de cambio terapéutico, por ejemplo, facilitando la realización de determinadas tareas indicadas en las sesiones de tratamiento psicológico.

6.1.1.1. TCC individual

Evidencia científica disponible

La GPC elaborada por NICE62 incluye los resultados de seis ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evalúan la TCC individual y que obtienen diferen-tes resultados (tabla 13):

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 61

• En un estudio de pequeño tamaño muestral, la TCC individual no mostró mayor eficacia que un grupo control de pacientes en lista de espera.

• En otro estudio no mostró mayor eficacia que la fluoxetina y la combinación de ambas (TCC y fluoxetina).

• La TCC individual obtuvo mejores resultados al compararla con relajación, terapia de apoyo y terapia familiar conductual. En estos estudios, los efectos diferenciales de la TCC con el grupo control no se mantuvieron a largo plazo. Esta ausencia de diferencias puede atribuirse al inicio del efecto de las terapias realizadas en el grupo control.

**Tabla 13. Terapia cognitivo conductual individual en la depresión mayor en niños y adolescentes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autor | Duración | Comparación | Resultado/eficacia |
|  |  |  |  |
| Vostanis *et al.* | 9 sesiones de frecuencia | Terapia de apoyo. | Mayor eficacia de la TCC. |
| (1996)\*(129) | semanal. |  |  |
|  |  |  |  |
| Wood *et al.* | 5-8 sesiones de frecuencia | Relajación. | Mayor eficacia de la TCC. |
| (1996)\*(130) | semanal. |  |  |
|  |  |  |  |
| Brent *et al.* | 12-16 sesiones de | Terapia familiar | Mayor eficacia de la TCC. |
| (1997)\*(131) | frecuencia semanal de | conductual, terapia de |  |
|  | 60 minutos. | apoyo. |  |
|  |  |  |  |
| Rosello *et al.* | 12 sesiones de frecuencia | Control (lista espera). | Menor eficacia de la TCC. |
| (1999)\*(132) | semanal de 60 minutos. |  |  |
|  |  |  |  |
| TADS (2004) | 15 sesiones en 12 semanas | Placebo, fluoxetina, | Menor eficacia de la TCC |
| (126) | de 50-60 minutos. | TCC + fluoxetina. | frente a fluoxetina y frente |
|  |  |  | a TCC + fluoxetina. |
|  |  |  |  |
| Melvin *et al.* | 12 sesiones de frecuencia | Sertralina, TCC+sertralina. | Mayor eficacia de TCC |
| (2006) (128) | semanal de 50 minutos. |  | frente a sertralina, |
|  |  |  | menor eficacia de |
|  |  |  | TCC + sertralina frente |
|  |  |  | a cada tratamiento por |
|  |  |  | separado. |
|  |  |  |  |
| TADS (2007) | Tras TCC a corto plazo | Fluoxetina, TCC+ | Similar eficacia de |
| (127) | (TADS 2004), 3/6 sesiones | Fluoxetina. | TCC, fluoxetina y |
|  | de 50-60 minutos, durante |  | TCC + fluoxetina. |
|  | 6 semanas. Seguidas de |  |  |
|  | sesiones de recuerdo cada |  |  |
|  | 6 semanas hasta completar |  |  |
|  | 36 semanas de tratamiento. |  |  |
|  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia y datos de la guía NICE\* 62

Uno de los estudios aleatorizados y controlados más importantes hasta la fecha es el estudio TADS (*Treatment for Adolescents with Depression Stu-dy*), de carácter multicéntrico126. Fue realizado en adolescentes de 12 a 17años con el objetivo de evaluar el tratamiento de la depresión mayor en

62 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

comparación con placebo, fluoxetina, terapia cognitiva conductual y su com-binación. La guía NICE incluye los resultados del TADS tras 12 semanas de tratamiento, pero este ensayo prolongó su duración hasta las 36 semanas127 en los grupos TCC, fluoxetina y combinación de ambos tratamientos. Tras 12 semanas, la TCC obtuvo una tasa de respuesta similar al grupo placebo. Sin embargo, a las 36 semanas, se encontró una convergencia de resultados, con una mejoría clínica significativa en los tres grupos de tratamiento. Las tasas de respuesta en los grupos fueron: 81% (TCC y fluoxetina), 86% (tra-tamiento combinado).

Melvin *et al.* (2006)128 evaluaron la TCC individual (12 sesiones de fre-cuencia semanal de 50 minutos) en comparación con tratamiento farma-cológico con sertralina y la combinación de ambas terapias en adolescen-tes con depresión leve-moderada. Tras 12 semanas de tratamiento, los tres grupos obtuvieron una mejoría estadísticamente significativa, y esta mejoría se mantuvo en el seguimiento a los 6 meses. El tratamiento combinado no fue mejor que la TCC ni la sertralina. La TCC en comparación directa con sertralina, obtuvo una mayor respuesta al tratamiento, aunque es necesario tener en cuenta la baja dosis de sertralina empleada en este estudio.

Los resultados de la TCC individual a corto plazo en general son po-sitivos, y se obtiene mayor eficacia frente a otras intervenciones (relajación, terapia de apoyo o terapia familiar conductual), aunque no frente a placebo ni frente a pacientes en lista de espera. Mientras que a corto plazo, la TCC individual fue menos eficaz que la fluoxetina, a largo plazo obtuvo similares tasas de respuesta que el fármaco solo o la combinación de ambas.

6.1.1.2. TCC grupal

En este apartado, en la guía NICE62 se incluyeron los resultados de ocho

ECA (tabla 14), que ponen de manifiesto que:

• La TCC grupal es un tratamiento eficaz en cuanto a la reducción de síntomas en comparación con la lista de espera, el no tratamiento o los cuidados habituales. Las diferencias no se mantienen a largo plazo, aunque, al igual que en la TCC individual, esta ausencia de diferencias pudiera deberse al inicio del efecto de los cuidados aplicados al grupo control.

• Frente a otras intervenciones, como relajación, resolución de problemas y automodelado, no existe evidencia concluyente.

• La inclusión adicional de los padres en la TCC grupal (14-16 sesiones de 120 minutos de duración durante 7-8 semanas) parece aumentar la eficacia de la terapia, aunque la evidencia no es concluyente.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 63

**Tabla 14. Terapia cognitivo conductual grupal en la depresión mayor en niños y adolescentes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autor | Duración | Comparación | Resultado/ eficacia |
|  |  |  |  |
| Reynolds *et al*. | 10-15 sesiones de 50- | Lista de espera, relajación | Mayor eficacia de TCC frente |
| (1986) (133) | 120 minutos durante | grupal. | a lista de espera; frente a |
|  | 5-8 semanas. |  | relajación grupal, evidencia |
|  |  |  | limitada o no concluyente. |
| Stark *et al*. | 12-16 sesiones de 40- | Lista de espera, | Mayor eficacia de TCC frente |
| (1987) (134) | 120 minutos durante | entrenamiento de | a lista de espera; frente a |
|  | 5-8 semanas. | habilidades y resolución de | entrenamiento de habilidades |
|  |  | problemas. | y resolución de problemas, |
|  |  |  | resultados de evidencia |
|  |  |  | limitada o no concluyente. |
| Kahn *et al*. | 10-15 sesiones de 50- | Lista de espera, relajación | Mayor eficacia de TCC |
| (1990) (135) | 120 minutos durante | grupal, automodelado. | frente a lista de espera; |
|  | 5-8 semanas. |  | frente a relajación grupal y |
|  |  |  | automodelado, resultados |
|  |  |  | de evidencia limitada o no |
|  |  |  | concluyente. |
| Lewinsohn *et* | 14-16 sesiones de | Lista de espera, terapia | Mayor eficacia de TCC frente a |
| *al*. (1990) (136) | 120 minutos durante | grupal + inclusión padres. | grupo control lista de espera. |
|  | 7-8 semanas. |  | Evidencia no concluyente de la |
|  |  |  | inclusión de los padres. |
| Weisz *et al*. | 8-16 sesiones de 40- | No tratamiento. | Mayor eficacia de TCC. |
| (1997) (137) | 60 minutos durante 5-8 |  |  |
|  | semanas. |  |  |
| Clarke *et al*. | 14-16 sesiones de | Lista de espera, terapia | Mayor eficacia de TCC frente a |
| (1999) (138) | 120 minutos durante | grupal + inclusión padres. | grupo control lista de espera. |
|  | 7-8 semanas. |  | Evidencia no concluyente de la |
|  |  |  | inclusión de los padres. |
| Clarke *et al.* | 8-16 sesiones de | Cuidados habituales. | Mayor eficacia de TCC. |
| (2002) (139) | 40-60 minutos durante |  |  |
|  | 5-8 semanas. |  |  |
| Rohde *et al.* | 12-16 sesiones de 40- | Entrenamiento en | Evidencia limitada o no |
| (2004) (140) | 120 minutos durante | habilidades y resolución de | concluyente. |
|  | 5-8 semanas. | problemas. |  |

Fuente: elaboración a partir de la guía NICE62

Posteriormente se han publicado tres ECA140-142 sobre TCC grupal en ámbi-tos muy concretos: centros de menores y casas de acogida. En estos estudios se comparó la TCC grupal frente a una intervención grupal basada en entre-namiento de habilidades140, 142 y frente a la no intervención141 y se encontró que la TCC grupal fue más eficaz.

En resumen, la TCC grupal ha mostrado ser eficaz frente a un grupo control de pacientes en lista de espera, con cuidados habituales y sin trata-miento. Frente a otras intervenciones como relajación, resolución de proble-mas y automodelado, no existe evidencia de que esta terapia sea más eficaz.

64 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

6.1.2. Terapia interpersonal

La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman143 con la fina-lidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se ha empleado como un tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías.

La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales e inter-viene en el contexto social inmediato del paciente. Se basa en la asunción de que los problemas interpersonales pueden actuar como activadores o exa-cerbar la depresión. Por ello, se centra en los problemas interpersonales con la finalidad de favorecer cambios adaptativos, para que, a su vez, se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.

La TIP conceptualiza la depresión como un conjunto de tres compo-nentes: sintomatología, funcionamiento social y personalidad. Su finalidad es incidir sobre los dos primeros componentes. El modelo terapéutico se fo-caliza en cuatro problemas interpersonales: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales144.

Mufson *et al*. (1993) fueron los primeros en adaptar la TIP para su uso en adolescentes con depresión (TIP-A)145:

• Es un tratamiento estandarizado para su uso una vez por semana, durante 12 semanas (igual que la TIP para adultos).

• Se diferencia de la TIP para adultos en el número de sesiones individuales: la TIP-A consta de 12 sesiones individuales a las que se añaden sesiones que incluyen a los padres.

• Se abordan aspectos clave de la adolescencia como: individualización, establecimiento de autonomía, desarrollo de relaciones sentimentales, estrategias de afrontamiento frente a pérdidas interpersonales y manejo de la influencia de los compañeros.

Evidencia científica disponible

En la GPC elaborada por NICE62 (tabla 15) se incluyeron tres ECA de los que se podrían extraer las siguientes conclusiones:

• La TIP fue más eficaz al compararla con grupo control en lista de espera y cuidados habituales, en cuanto a la remisión o reducción de sintomatología depresiva.

• En solo en uno de ellos se puso de manifiesto una mejoría del funcionamiento general, social y familiar frente a tratamiento habitual.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 65

Posteriormente, en el estudio de Young *et al*., (2006)146, se evaluó un programa de TIP-A *(Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Trai-ning*), con una pauta de 10 sesiones de frecuencia semanal de 90 minutos. Este programa fue una adaptación de la TIP-A para su utilización en el ám-bito escolar. Se realizaron dos sesiones individuales y ocho grupales, que se compararon con un grupo control que recibió *counseling* escolar. Los ado-lescentes del grupo TIP-A obtuvieron una mejoría significativamente mayor en cuanto a sintomatología depresiva que el grupo control que se mantuvo estable a los tres y seis meses de seguimiento.

En un estudio abierto de Young *et al*. (2006), la TIP-A comparada con tratamiento habitual en ámbito escolar (fundamentalmente terapia grupal o familiar), también ha obtenido buenos resultados en adolescentes con de-presión y ansiedad comórbidos147.

**Tabla 15. Terapia interpersonal en la depresión mayor en niños y adolescentes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Autor | Duración | Comparación | Resultado/ eficacia |  |
|  |  |  |  |  |
| Mufson *et al*. |  | Lista de espera. | Mayor eficacia de TIP. |  |
| (1999)\* (148) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Rosello *et al.* | 12 sesiones de | Cuidados habituales. | Mayor eficacia de TIP. |  |
| (1999)\* (132) |  |  |  |
| 35 minutos durante |  |  |  |
| Mufson *et al.* | TCC individual, lista de | Mayor eficacia de TIP |  |
| 16 semanas. |  |
| (2004)\* (149) |  | espera. | frente a lista de espera, sin |  |
|  |  |  | evidencia concluyente frente |  |
|  |  |  | a TCC. |  |
|  |  |  |  |  |
| Young *et al.* | 10 sesiones de | *Counseling.* | Mayor eficacia de TIP. |  |
| (2006) (146) | frecuencia semanal |  |  |  |
|  | de 90 minutos. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Young *et al.* | 10 sesiones de | Cuidados habituales | Mayor eficacia de TIP. |  |
| (2006) (147) | frecuencia semanal | (ámbito escolar). |  |  |
|  | de 90 minutos. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia y datos de la guía NICE\* 62

La TIP-A ha obtenido buenos resultados frente a lista de espera y cuidados habituales, así como en el ámbito clínico y escolar. Frente a TCC individual la evidencia no es concluyente, y no ha sido comparada con otras intervenciones.

6.1.3. Terapia psicodinámica individual

La terapia psicodinámica deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos150.

66 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

En la guía NICE se incluyeron datos preliminares del estudio de Trowell *et al.* (2007)151 sobre terapia psicodinámica individual en niños y ado-lescentes con depresión. En este ECA multicéntrico se compara la terapia psicodinámica individual (16-30 sesiones de 50 minutos durante 36 semanas) con la terapia familiar (8-14 sesiones de 90 minutos durante 36 semanas). Ambas terapias mostraron ser igualmente eficaces en niños y adolescentes con depresión moderada a grave. En el seguimiento a las 36 semanas, la to-talidad del grupo tratado con terapia psicodinámica individual no presentó criterios clínicos de depresión, lo que sugiere un buen mantenimiento de los resultados de esta modalidad de terapia. Además en ambos grupos se encon-tró un descenso de la patología comórbida, concretamente en trastornos de conducta y de ansiedad.

La evidencia de este tipo de terapia no es concluyente ya que única-mente se ha encontrado un estudio y con deficiencias metodológicas.

6.1.4. Terapia familiar

La terapia familiar (TF) hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Algunos autores han señalado que existe una fuerte eviden-cia de asociación entre la depresión infanto-juvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psico-patología parental152.

Aunque existen diferentes escuelas dentro del enfoque familiar, de modo genérico podría dividirse en terapia familiar conductual, psicodiná-mica y sistémica. Las intervenciones familiares tienen una serie de caracte-rísticas comunes153:

• Varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.

• La intervención debe ser aplicada por un profesional cualificado (con experiencia en TF).

• El participante debe asistir compañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.

• Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración de una hora.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 67

Evidencia científica disponible

Existen pocos ensayos clínicos aleatorizados sobre el empleo de la TF en la depresión mayor en niños y adolescentes. La guía NICE incluye tres estu-dios (tabla 16):

• En uno de los estudios se evalúo la TF en comparación con un grupo control de pacientes en lista de espera, y se obtuvieron buenos resultados en cuanto a la reducción de sintomatología depresiva. Los adolescentes que recibieron TF también presentaron menor conflicto familiar y menores niveles de ansiedad e ideación suicida. A los seis meses, se encontraron altas tasas de remisión.

• En otro, se comparó la TF con TCC individual y terapia de apoyo. La terapia que obtuvo mejores resultados en cuanto a reducción de sintomatología depresiva y tasas de remisión fue la TCC individual. En el seguimiento no se observaron diferencias entre los grupos. La TF redujo en mayor medida el conflicto familiar en relación con la TCC individual.

Con posterioridad, se ha publicado un estudio multicéntrico151 que com-paró la TF (14 sesiones de 90 minutos durante 36 semanas) con la terapia psicodinámica individual (30 sesiones de 50 minutos durante de 36 semanas). La TF obtuvo tasas altas de remisión y de reducción de síntomas, con un buen mantenimiento de los resultados en el seguimiento de 6 meses.

**Tabla 16. Terapia familiar en la depresión mayor en niños y adolescentes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autor | Duración | Comparación | Resultado/ eficacia |
|  |  |  |  |
| Brent *et al*.\* | 12-16 sesiones de | TCC individual, terapia | Menor eficacia de TF, aunque |
| (131) | 60 minutos durante | apoyo. | mejores resultados en cuanto a |
|  | 12-16 semanas. |  | funcionamiento familiar. |
|  |  |  |  |
| Diamond *et al*. | 12-15 sesiones de | Lista de espera. | Mayor eficacia de TF. |
| (2002)\* (152) | 60-90 minutos durante |  |  |
|  | 6 semanas. |  |  |
|  |  |  |  |
| Trowell *et al*. | 14 sesiones de | Terapia psicodinámica | Igualdad de eficacia de TF |
| (2007) (151) | 90 minutos durante | individual. | y terapia psicodinámica |
|  | 36 semanas. |  | individual. |
|  |  |  |  |
| Tompson *et al*. | 9-12 sesiones de una | Sin grupo control. | Tasas de remisión similares a |
| (2007) (154) | hora durante |  | las obtenidas en estudios de |
|  | 12-20 semanas. |  | eficacia de TCC o TIP. |
|  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia y datos de la guía NICE\* 62

En el ensayo no controlado de Tompson *et al.(*2007)154, realizado con la finalidad de desarrollar un manual de tratamiento, evaluar su viabilidad y examinar la efectividad de la terapia familiar (9-12 sesiones de una hora durante 3-5 meses)

68 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

se encontraron tasas de remisión similares a las obtenidas en estudios de efica-cia de TCC o TIP. Se puso de manifiesto que los factores familiares pueden ac-tuar como factores de mantenimiento de la depresión, y el constructo “emoción expresada” podría actuar como un mediador de la respuesta al tratamiento. En este estudio se emplearon técnicas habituales de la terapia cognitivo-conductual como: psicoeducación, habilidades de comunicación, programación de activi-dades o habilidades de resolución de problemas, denominadas por los autores “tratamiento focalizado en la familia”.

La terapia multisistémica (TMS) es un programa psicoterapéutico que incluye aspectos de la terapia familiar y la TCC y se ha venido utilizando en EE.UU. con jóvenes con trastornos juveniles, sociales, emocionales y con-ductuales graves. A pesar de que las primeras revisiones favorecían a la TMS frente a otras opciones terapéuticas, en un reciente metaanálisis155, se encon-tró que no existe evidencia concluyente de la efectividad de esta técnica, con respecto a otras técnicas.

En resumen, la TF es más eficaz que la lista de espera para reducir los niveles de depresión, y en un estudio mostró la misma eficacia que la terapia psicodinámica individual.

6.1.5. Prevención de recaídas

Un 30% de los niños y adolescentes con depresión mayor, presentan recu-rrencia en un periodo de cinco años, muchos de ellos en el primer año tras el episodio y otros padecerán algún episodio en la vida adulta62.

En los ensayos clínicos, también se pone de manifiesto que al final del tratamiento una cantidad considerable de pacientes continúan presentando síntomas. A pesar de esto, la mayoría de los estudios no realizan seguimiento más allá de los nueve meses, y los que lo hicieron (nueve meses-dos años) encontraron que un gran porcentaje de la muestra continuaba presentando síntomas depresivos o recurrencia120.

En la práctica clínica, es importante valorar la existencia de posibles factores causales o mantenedores de la depresión, que incluyen dificultades en las relaciones familiares, enfermedad psiquiátrica de los padres, dificulta-des con el grupo de iguales, características culturales y étnicas, enfermeda-des físicas o patología comórbida.

Evidencia científica disponible

En este apartado, la guía NICE62 incluye dos ensayos no aleatorizados:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 69

• En uno de ellos, tras un tratamiento a corto plazo de TCC grupal (ocho sesiones de dos horas), los pacientes fueron aleatorizados para recibir una o dos sesiones *booster* o de recuerdo de TCC grupal y evaluaciones cada cuatro meses, o solo evaluaciones cada cuatro o 12 meses. Se encontró una baja probabilidad de que las sesiones de recuerdo fuesen efectivas en cuanto a la prevención de recaídas.

• En otro estudio, tras el tratamiento a corto plazo (ocho sesiones de TCC grupal) se comparó la TCC grupal de continuación durante seis meses con un grupo control histórico de un ensayo previo. Se encontró evidencia limitada de que la continuación con TCC grupal redujese el riesgo de recaídas.

En el estudio TADS, tras 12 semanas de terapia cognitivo-conductual se realizó un tratamiento de continuación de seis semanas y sesiones de re-cuerdo cada seis semanas hasta completar 36 semanas de tratamiento. Una vez terminado este período se encontró, a diferencia de lo ocurrido a las 12 semanas, una mejoría clínica en el grupo TCC similar al grupo que recibió fluoxetina o ambos tratamientos combinados. Las tasas de respuesta para TCC fueron de 48% en la semana 12, 65% en la semana 18 y 81% en la se-mana 36, mientras que la fluoxetina obtuvo unas tasas de respuesta de 62%, 69% y 89%, respectivamente127.

En resumen, el llevar a cabo sesiones de continuación y mantenimiento (recuerdo o *booster*) y de prolongar los tratamientos con TCC más allá de las 12 semanas podría maximizar la probabilidad de respuesta y minimizar la de recaídas.

6.2. Tratamiento farmacológico

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, pero en el caso del niño y adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del trata-miento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia.

6.2.1. Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

Realizando una recopilación histórica sobre la indicación y uso de los anti-depresivos en niños y adolescentes, en el año 2000 *The Royal College of Pae-driatrics and Child Health* del Reino Unido recomendaba la utilización de fármacos antidepresivos únicamente cuando no hubiese otra alternativa y su indicación estuviese suficientemente justificada156. En el 2003, el *Committee*

70 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

*on Safety of Medicines* (CSM) desaconsejó el uso del citalopram, escitalo-pram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión en menores de 18 años, y, con respecto a la fluoxetina señaló que aunque no se recomendaba en la ficha técnica, el balance riesgo/benefi-cio de este fármaco parecía favorable157.

En el año 2004 la *Food and Drug Administration* (FDA)158 advierte de la posible asociación entre el consumo de antidepresivos y el incremento de ideación o intentos suicidas en niños y adolescentes, que junto con la falta de pruebas contundentes sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos, suscitó un recelo generalizado a la hora de prescribir estos antidepresivos en este grupo poblacional.

El *Committee on Human Medicinal Products* de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMEA)159 revisó, en el año 2005, el uso pediá-trico de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) y se observó una mayor frecuencia de hostilidad e intentos o pensamientos sui-cidas en comparación con el placebo. Sin embargo, este mismo organismo160 concluyó al año siguiente que los beneficios del uso de la fluoxetina en el tratamiento de la depresión en niños de ocho o más años, superaban los riesgos potenciales, lo que se confirmó posteriormente161.

Las recomendaciones emitidas por la Agencia Española del Medica-mento y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre la utilización de fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor del niño y el ado-lescente indican que ni los ISRS, con la posible excepción de la fluoxetina, ni la venlafaxina, deberían utilizarse en menores de 18 años. Se hace men-ción también al favorable balance riesgo/beneficio de la fluoxetina, si bien se apunta la necesidad de realizar más estudios para garantizar la seguridad de este fármaco en este grupo de población162, 163.

En 2007, un nuevo documento de la *U.S. Food and Drug Administra-tion* (FDA)164 con relación a la ideación y comportamiento suicida en jóve-nes que son tratados con fármacos antidepresivos ha señalado que los datos disponibles no son suficientes para excluir ningún fármaco de un aumento del riesgo de pensamientos y comportamientos autolesivos, principalmente al inicio del tratamiento, autorizando únicamente la fluoxetina como fárma-co para uso en niños y adolescentes con depresión mayor.

En la tabla 17 se resumen las recomendaciones de diferentes institucio-nes sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 71

**Tabla 17. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en niños y adolescentes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN | RECOMENDACIÓN |  |
|  |  |  |
| *Royal College of Paediatrics and Child* | – Uso de antidepresivos si no hay otra alternativa y si |  |
| *Health*; 2000. Reino Unido. | existe indicación justificada. |  |
|  |  |  |
| *Committee on Safety of Medicines* | – Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable en |  |
| *(CSM)*; 2003. Reino Unido. | menores de 18 años. |  |
|  | – Se desaconsejó el uso de otros antidepresivos. |  |
|  |  |  |
| *Food and Drug Administration* | – Advierte de la posible asociación entre el uso de |  |
| *(FDA)*; 2004. EE.UU. | antidepresivos y el aumento de conducta o ideación |  |
|  | autolítica. |  |
| *Food and Drug Administration* | – Fluoxetina: único fármaco autorizado; no |  |
| *(FDA)*; 2007. EE.UU. | descartable la aparición de ideación autolítica en |  |
|  | mayor medida al comenzar con cualquier fármaco |  |
|  | antidepresivo. |  |
|  |  |  |
| *Committee on Human Medicinal* | – Fluoxetina: beneficio supera riesgo potencial. |  |
| *Products* de la Agencia Europea de | – Advierte del posible aumento de hostilidad y |  |
| Evaluación de Fármacos (EMEA); 2005. |  |
| pensamientos suicidas. |  |
|  |  |
|  |  |  |
| Agencia Española del Medicamento y | – Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable. |  |
| Productos Sanitarios (AEMPS); 2005-06; | – No deberían utilizarse otros antidepresivos. |  |
| España. |  |
| – Necesarios más estudios para garantizar seguridad. |  |
|  |  |
|  |  |  |
| DM: depresión mayor |  |  |
| Fuente: elaboración propia |  |  |

6.2.2. Eficacia de los diferentes fármacos

6.2.2.1. IMAO

La evidencia de la eficacia de los IMAO en la depresión de niños y adoles-centes es muy limitada165. No hay estudios suficientes que justifiquen el uso de IMAO en la práctica clínica de la depresión de niños y adolescentes.

6.2.2.2. Tricíclicos

No se han observado resultados que indiquen una superioridad de los anti-depresivos tricíclicos frente al placebo en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes62, 64, 99, 165-167.

6.2.2.3. ISRS

*Fluoxetina*

• Eficacia

Se ha observado que la fluoxetina (hasta 40 mg al día durante 7-12 semanas) es eficaz en pacientes entre los 7 y los 18 años. Frente al placebo, la fluoxetina

72 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

mejora los síntomas depresivos e incrementa la remisión y la respuesta al tra-tamiento, presenta un impacto positivo en la mejoría clínica global y en la gravedad de la depresión y no existen datos concluyentes sobre el impacto funcional62. El estudio TADS obtuvo datos comparativos de la fluoxetina fren-te a placebo a las 12 semanas. Tras este período de seguimiento, la fluoxetina (10-40 mg/día) obtuvo un porcentaje de respuesta del 61%, frente al 35% del grupo placebo126. Por el contrario, en algún otro estudio de pequeño tamaño muestral se han comunicado respuestas similares entre el grupo placebo y el tratado con fluoxetina168. Por último en un metaanálisis publicado en 2008 y en el que se combinaron tres ensayos clínicos aleatorizados, se mostró que la fluoxetina produce una mejoría clínica estadísticamente significativa dos veces superior al placebo169.

Por otra parte, la eficacia de la fluoxetina se ha relacionado con el gra-do de gravedad de la enfermedad, por lo que los resultados clínicos serían más favorables en pacientes con depresión mayor moderada o grave169, 170, punto importante a la hora de valorar el tratamiento más conveniente por parte de los clínicos.

• Efectos adversos

Los más frecuentemente observados fueron cefalea, sedación, insomnio, vómi-tos, dolor abdominal y, en algunas ocasiones, rash cutáneo e hiperkinesia62, 126, 171. En el estudio TADS126 también se observó, en el grupo tratado con fluoxetina, una mayor frecuencia de otros efectos adversos, como euforia, ansiedad, agita-ción y auto-heteroagresividad, aunque en general de carácter leve.

En cuanto a la ideación suicida, en la guía NICE62 se recoge mayor idea-ción suicida en el grupo tratado con fluoxetina, si bien no se especifican los porcentajes en ambos grupos de comparación, ni la significación estadística entre ellos. En el ensayo TADS126 el 27% de los pacientes presentaban ini-cialmente ideación suicida según la escala CDRS-S y el 29% según la escala *Suicidal Ideation Questionnaire–Junior High School version* (SIQ-Jr). Tras12 semanas de tratamiento, la puntuación de estas escalas se redujo al 9,4% en la CDRS-S y al 10,3% en la SIQ-Jr en los cuatro grupos de tratamiento y sin que existiesen diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

En el metaanálisis de Bridge *et al.* no se observaron diferencias estadís-ticamente significativas de riesgo agrupado entre los pacientes tratados con placebo o con diversos antidepresivos (fluoxetina, paroxetina, sertralina, cita-lopram, escitalopram, venlafaxina y mirtazapina), por lo que se concluyó que en relación con la ideación y la conducta suicida, los beneficios que se obtie-nen del tratamiento antidepresivo parecen ser mayores que los riesgos172.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 73

*Paroxetina*

La guía NICE recoge un estudio en el que una dosis de hasta 40 mg/día de paroxetina durante 8-12 semanas aumenta la probabilidad de remisión en pacientes de 12 a 18 años; posteriores estudios han señalado que este fár-maco parece tener poco impacto sobre los síntomas depresivos o el estado funcional. Así, no parecen existir diferencias significativas entre el grupo tra-tado con paroxetina y el placebo, con tasas de respuesta clínica del 49-67% para paroxetina y del 46-58% para placebo99, 166, 171, 173.

La paroxetina, en estos estudios, tuvo más efectos secundarios que el placebo, y consistieron en aparición de hostilidad, trastornos del sueño, tem-blor, cefalea, náuseas y mareo 62, 171, 173, 174.

*Sertralina*

La sertralina, en comparación con placebo, parece mostrar un moderado grado de eficacia en adolescentes, pero no en niños. Así, Wagner *et al.*175 ob-servan una reducción significativa en las puntuaciones de gravedad de los síntomas del trastorno depresivo en la escala CDRS-R en el subgrupo de adolescentes, pero no en el de niños.

En relación con la aparición de efectos adversos, se recoge la aparición de náuseas, y en menor medida de diarrea y vómitos62, 171, lo que podría fa-vorecer el abandono precoz del tratamiento, si bien no se han encontrado diferencias significativas con el placebo171.

*Citalopram*

Un ensayo con citalopram (hasta 40 mg/día durante 8 semanas) en niños y jóvenes de 7 a 17 años con depresión mayor mostró una mejoría significa-tiva en los síntomas depresivos medidos con la escala CDRS-R176, mientras que en otro estudio177 no se observaron diferencias entre ambos grupos de tratamiento en las puntuaciones obtenidas en la escala *Schedule for Affec-tive Disorders and Schizophrenia for school-aged children-Present episode version* (K-SADS-P) y *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MA-DRS). Usala *et al.*, combinando en un metaanálisis los resultados de estos dos estudios, observaron un moderado grado de eficacia del citalopram en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes169, aunque de carácter no significativo.

Se citaron como efectos adversos más frecuentes, cefalea, rinitis, náu-seas, diarrea e insomnio62, 171, 173.

74 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

*Escitalopram*

Los estudios con este fármaco son escasos; en el estudio de Wagner *et al.*178 se observa que 10-20 mg al día de escitalopram durante ocho semanas en pacientes de 6-17 años no producen cambios significativos en la *Children’s Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R), si bien al analizar por subgru-pos de edad, el escitalopram fue efectivo en el grupo de adolescentes (12-17 años) y no en el de niños (6-11 años). Los efectos adversos más frecuentes en este estudio fueron la cefalea (23%) y el dolor abdominal (11%), aunque no se encontraron diferencias significativas con el grupo placebo.

**Tabla 18. Dosis habituales de los ISRS\*en la depresión mayor del niño y adolescente**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fármaco\*\* | Dosis inicio | Incremento | Dosis efectiva | Dosis máxima en |  |
| (mg/día) | semanal (mg) | (mg) | EC (mg) |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Fluoxetina | 10 | 10-20 | 20 | 60 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sertralina | 25 | 12,5-25 | 50 | 200 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Citalopram | 10 | 10 | 20 | 60 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Escitalopram | 5 | 5 | 10 | 20 |  |
|  |  |  |  |  |  |

EC: ensayo clínico.

* Las dosis indicadas son orientativas. Todas las dosis tienen que ser individualizadas y se ha de realizar un riguroso seguimiento por parte del especialista en salud mental. En general, se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas e ir incrementándolo progresivamente.
* Se recomienda habitualmente la administración matutina. Fuente: elaboración propia

La fluoxetina es el único fármaco autorizado por la FDA y la AEMPS para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, y, por lo tanto, puede ser considerada de elección, pero no el único que ha mostrado ser eficaz. El resto de ISRS, a excepción de la paroxetina, podrían ser también conside-rados como alternativas a la fluoxetina. El médico es quien debe realizar la elección del fármaco teniendo en cuenta el perfil clínico del paciente (ca-racterísticas clínicas de la depresión, historia familiar y respuesta previa a fármacos específicos en familiares).

6.2.2.4. ISRN: venlafaxina

Los resultados de los pocos estudios existentes que comparan la venlafaxina con el placebo no son concluyentes, y así, la administración de hasta 225 mg al día durante 8 semanas parece producir una pequeña mejoría en las tasas de remisión, de respuesta al tratamiento o del estado funcional62. Por su par-te, otros estudios no encuentran tales diferencias64, 99, si bien, al analizar por subgrupos de edad se observaron mejores resultados en adolescentes que

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 75

en niños64, por lo que algunos expertos no desaconsejan este tratamiento como alternativa cuando no ha habido respuesta a los ISRS. Los principales efectos adversos de la venlafaxina fueron náuseas, anorexia, hipertensión y taquicardia62, 64, 99, 173.

6.2.2.5. Antagonistas α2 presinápticos: mirtazapina

En dos ensayos clínicos no se observaron diferencias entre el tratamiento con mirtazapina (15-45 mg al día, 8 semanas) o con placebo en relación con la reducción de síntomas depresivos en niños o adolescentes62, 99. Con rela-ción a la aparición de efectos adversos, la mirtazapina puede incrementar el apetito, el peso corporal y producir somnolencia62.

6.2.3. Prevención de recaídas

En la guía elaborada por NICE62 no se encontraron ensayos aleatorizados que abordasen la prevención de recaídas, por lo que se recomienda seguir con la práctica clínica realizada en adultos. En este sentido, los jóvenes que responden a la medicación antidepresiva deberían continuar el tratamiento durante 6 meses tras la remisión clínica. Asimismo recomiendan una retira-da gradual del tratamiento, entre 6-12 semanas, aunque la evidencia en que se apoya no es clara62, 174.

En el estudio de Emslie *et al.* llevado a cabo en niños y adolescentes se aborda la prevención de recaídas tras tratamiento con fluoxetina, y se observa que, tras 36 semanas de seguimiento, el 42% de los tratados con fluoxetina sufrieron recaídas, mientras que lo hicieron el 69% de los tratados con placebo179.

En resumen, de los diferentes fármacos antidepresivos existentes, los ISRS parecen ser los únicos eficaces, y la fluoxetina, el único recomendable en el tratamiento de inicio. La posible aparición de ideación y conducta au-tolesiva hace necesaria la vigilancia del paciente, especialmente al inicio del tratamiento, si bien hay que tener en cuenta que los beneficios que se obtie-nen con el tratamiento antidepresivo parecen ser mayores que los riesgos.

76 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Resumen de la evidencia**

**Psicoterapia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TCC individual: |  |
| 1++ | - A corto plazo, no fue significativamente diferente del placebo en pacientes |  |
| 1+ | con depresión moderada-grave (126). Frente a sertralina (50 mg) (128), la TCC |  |
|  | individual obtuvo mayor respuesta que el tratamiento farmacológico, en un |  |
|  | grupo de pacientes con depresión leve-moderada. |  |
| 1++ | - A largo plazo la TCC obtuvo similares tasas de respuesta que fluoxetina, y |  |
| similares también a la combinación de fluoxetina y TCC (127). |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | TCC grupal: |  |
|  | - A corto plazo (8 semanas), la TCC grupal es un tratamiento eficaz en cuanto a |  |
| 1+ | la reducción de síntomas en comparación con: lista de espera, no tratamiento |  |
|  | y cuidados habituales (62). Frente a otras intervenciones como relajación, |  |
|  | entrenamiento de habilidades, automodelado y resolución de problemas, no |  |
|  | existe evidencia concluyente de que la TCC grupal sea más efectiva. |  |
|  |  |  |
|  | TIP-A: |  |
| 1+ | - Existe evidencia de una mayor eficacia de la TIP en comparación con |  |
|  | pacientes en lista de espera o con cuidados habituales (62). |  |
|  |  |  |
|  | Terapia psicodinámica individual: |  |
| 2+ | - Se incluyó solo un estudio donde se comparó con la TF, que obtuvo tasas |  |
|  | similares de eficacia. La evidencia sobre la terapia psicodinámica en formato |  |
|  | individual, no es concluyente (151). |  |
|  |  |  |
|  | Terapia familiar: |  |
| 1+ | - Existe evidencia de una mayor eficacia de la TF en comparación con un |  |
|  | grupo control de pacientes en lista de espera (62). |  |
| 1+ | - Frente a TCC individual y terapia de apoyo, la TF fue superior en la reducción |  |
| de conflictos familiares (62). |  |
|  |  |
|  | - Frente a la terapia psicodinámica individual, la TF obtuvo resultados similares |  |
| 2+ | de eficacia, con un buen mantenimiento de los resultados en el tiempo |  |
|  | (151). |  |
| 2+ | - La TF obtuvo tasas de remisión similares a los estudios de eficacia de TCC |  |
| o TIP (154). |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Prevención de recaídas: |  |
| 1++ | - Las sesiones de continuación y de recuerdo tras psicoterapia con TCC |  |
|  | aumentan la respuesta al tratamiento y reducen la posibilidad de recaídas |  |
|  | (127). |  |
|  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 77

**Tratamiento farmacológico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | De los diferentes fármacos antidepresivos existentes, los ISRS han |  |
| 1++ | mostrado ser los únicos eficaces en el tratamiento de la depresión mayor |  |
|  | en niños y adolescentes (62, 165, 169). |  |
|  |  |  |
| 1++ | Dentro de los ISRS, la fluoxetina es el único fármaco que ha mostrado ser efi- |  |
| caz y que está autorizado para el tratamiento de la depresión mayor en niños |  |
|  |  |
|  | y adolescentes (62, 126, 168, 169). |  |
| 1+ | En adolescentes, la sertralina, citalopram y escitalopram han demostrado |  |
|  | eficacia (173, 175-178). |  |
|  |  |  |
|  | La eficacia de la fluoxetina está en relación con el grado de gravedad de la |  |
| 1++ | enfermedad, por lo que los resultados clínicos son más favorables en pacientes |  |
|  | con depresión mayor moderada o grave (126, 170). |  |
|  |  |  |
|  | Los efectos adversos del tratamiento de la depresión con ISRS no suelen ser |  |
| 1+ | de carácter grave. Los más frecuentes son, la aparición de cefalea, náuseas, |  |
| irritabilidad, ansiedad y alteraciones del sueño y del apetito (62, 64, 99, 126, 171, |  |
|  |  |
|  | 173, 174, 178). |  |
|  |  |  |
|  | En las primeras semanas de tratamiento con antidepresivos en niños y |  |
| 1++ | adolescentes, es posible la aparición de ideación y conducta autolesiva, aunque |  |
|  | no se ha demostrado un incremento de suicidios consumados (62, 126, 172). |  |
|  |  |  |
| 1+ | En relación con la ideación y la conducta suicida, los beneficios que se obtienen |  |
| con el tratamiento antidepresivo (fluoxetina) son mayores que los riesgos (172). |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 1+ | La tasa de recaídas son menores en aquellos pacientes tratados con fluoxetina |  |
| que en los que reciben placebo (179). |  |
|  |  |
|  |  |  |

**Recomendaciones**

**Recomendaciones generales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | El tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia debería |  |
| 3 | ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas, |  |
| farmacológicas y/o psicosociales que puedan mejorar su bienestar y capacidad |  |
|  |  |
|  | funcional. |  |
|  |  |  |
|  | El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar, |  |
| 3 | entendiendo como tales, psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas |  |
| de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a |  |
|  |  |
|  | otras comorbilidades y monitorización regular del estado mental. |  |
|  |  |  |
|  | Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre |  |
| 3 | una alianza terapéutica sólida y utilizar técnicas específicas para la infancia y |  |
| adolescencia, así como contar con los padres como parte fundamental del |  |
|  |  |
|  | proceso terapéutico. |  |
|  |  |  |

78 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Depresión mayor leve**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de |  |
| DGPC | riesgo, ideas/conductas autolesivas y comorbilidades, el médico de familia o |  |
| pediatra podrá dejar transcurrir un período de dos semanas de observación y |  |
|  |  |
|  | seguimiento de la evolución. |  |

Durante este período, el profesional de atención primaria debería proporcionar

* apoyo activo al niño o adolescente y su familia, facilitando pautas de hábitos de vida saludable, psicoeducativas o de manejo de situaciones.

Si tras este período de observación persisten los síntomas depresivos, se

* recomienda derivar al paciente a atención especializada en salud mental infantojuvenil.

Se deberá derivar inicialmente a salud mental infantojuvenil, a aquellos pacientes con depresión que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de

* riesgo o comorbilidades graves, como abuso de sustancias u otra patología mental, aunque el grado de depresión sea leve.

En atención especializada en salud mental infantojuvenil, el tratamiento de

* elección de una depresión mayor leve será una terapia psicológica durante un período de 8 a 12 semanas (sesiones semanales).

Las modalidades de psicoterapia iniciales recomendadas en la depresión

* mayor leve son la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar o la terapia interpersonal.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DGPC | Durante este período de terapia psicológica, se deberá realizar un seguimiento |  |
| regular de la evolución clínica del niño o adolescente. |  |
|  |  |

* Con carácter general, no se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve.

**Depresión mayor moderada y grave**

* Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada-grave deberá ser derivado inicialmente a salud mental infantojuvenil.

Siempre que sea posible, el tratamiento de inicio de la depresión moderada de adolescentes será mediante psicoterapia, al menos durante 8 a 12 semanas

* (mínimo 1 sesión/semanal). La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal o familiar son las modalidades psicoterapéuticas que han demostrado mejores resultados.

En la depresión grave en adolescentes, se recomienda utilizar inicialmente la

* psicoterapia (terapia cognitivo conductual) junto con el tratamiento farmacológico (fluoxetina). En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados clínicos estándar.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 79

El tratamiento combinado de fluoxetina y terapia cognitivo conductual se

* recomienda especialmente en aquellos casos de historia personal o familiar de ideación y/o conductas suicidas.

En niños menores de 12 años se recomienda inicialmente la terapia cognitivo-

* conductual o familiar. Si existe imposibilidad de aplicación o mala evolución, se recomienda añadir tratamiento farmacológico (fluoxetina).

Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo farmacológico, se recomienda informar del motivo de la prescripción, de los beneficios que se esperan

* alcanzar, del posible retraso del efecto terapéutico, de los efectos secundarios y de la duración del tratamiento.

Aunque no se ha demostrado un incremento de suicidios consumados en niños

* y adolescentes, se recomienda vigilancia de la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico.

Los únicos fármacos antidepresivos recomendables en el tratamiento de

* la depresión moderada o grave de niños o adolescentes son los ISRS. La fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyen su uso en estos grupos de edad.

Según el perfil clínico del paciente (características clínicas de la depresión,

* historia familiar e historia de respuesta previa en familiares), se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram).

Tras la remisión del cuadro depresivo, se recomienda continuar el tratamiento

* farmacológico con ISRS por lo menos 6 meses (recomendable entre 6 y 12 meses) desde la remisión del cuadro depresivo, con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión.

La suspensión de un fármaco antidepresivo se recomienda que se realice de

* forma gradual. Si los síntomas reaparecen, se ha de instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico.

La evidencia actual no permite recomendar la utilización de antidepresivos

* tricíclicos, paroxetina, venlafaxina o mirtazapina en el tratamiento de la depresión mayor de niños y adolescentes.

Deberá considerarse el ingreso hospitalario de niños o adolescentes con depresión mayor:

– si existe un elevado riesgo de suicidio

* – si la depresión es grave y se acompaña de síntomas psicóticos

– cuando se asocien comorbilidades graves

– cuando existan razones que dificulten un adecuado seguimiento y control ambulatorio.

80 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Tratamiento combinado y estrategias en la depresión resistente

**Preguntas para responder:**

• ¿Cuál es el papel del tratamiento combinado en la depresión mayor del niño y del adolescente?

• ¿Qué estrategias pueden seguirse en la depresión resistente?

• ¿Cuál es la eficacia y las indicaciones de la terapia electroconvulsiva en la depresión mayor del niño y adolescente?

7.1. Tratamiento combinado de la depresión mayor

7.1.1. El estudio TADS

En 1999, el *National Institute of Mental Health* (NIMH) financió el estudio TADS (*Treatment for Adolescents With Depression Study*), que fue llevado a cabo en 13 centros académicos de los EE.UU. con una muestra de 439 ado-lescentes entre 12 y 17 años con diagnóstico de depresión mayor (DSM-IV), la mayoría de ellos con una o más comorbilidades180. El diseño fue el de un ensayo controlado y aleatorio, con el objetivo principal de evaluar la eficacia a corto y largo plazo (12 y 36 semanas, respectivamente), del tratamiento con fluoxetina, de la terapia cognitivo-conductual o de la combinación de ambos, todos ellos, comparados con placebo181.

Tras 12 semanas de tratamiento, se observó que la combinación de fluoxe-tina y TCC produjo una mejoría clínica significativa en el 71% de los pacientes adolescentes con depresión de moderada a grave, mediante valoración de la escala CDRS-R. Para los otros grupos de tratamiento, los porcentajes de res-puesta fueron de un 61% para la fluoxetina, de un 43% para la TCC y de un 34% para el grupo placebo126. El tratamiento combinado también obtuvo mejo-res resultados que el resto de tratamientos en la escala CGI-I (*Clinical Global Impressions-Improvement),* K-SADS-P/L (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version)* y en la valoración del estado funcional (según la escala CGAS, *Children’s Global As-sessment Scale*), la carga global de la enfermedad (según la escala HoNOSCA,

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 81

*Health of the Nation Outcome Scales,*) y de la calidad de vida (según la PQ-LES-Q, *Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*)182.

Al inicio del estudio, entre el 27 y el 29% de los pacientes presentaban, según las escalas CDRS-S y SIQ-Jr, ideación suicida, la cual se redujo en todos los grupos de tratamiento, aunque en el de terapia combinada fue en el único que lo hizo de forma significativa126. En el estudio TADS también se observó que el tratamiento combinado resultó ser especialmente eficaz en adolescentes con un grado de depresión moderada y presencia de distorsio-nes cognitivas depresógenas, mientras que en niveles más altos de gravedad, añadir TCC a la fluoxetina no supone un beneficio significativo en el trata-miento a corto plazo, así como en niveles bajos de distorsión cognitiva170.

Con los resultados obtenidos a corto plazo por el estudio TADS, sus autores recomendaron, al igual que la guía NICE, utilizar la fluoxetina para los casos de depresión moderada-grave, haciendo especial énfasis en la mo-nitorización de los posibles efectos adversos. También se recomendó una mayor accesibilidad a la TCC, fundamentalmente para aquellos adolescen-tes con historia personal o familiar de suicidio, debido al posible beneficio que supone añadir TCC a la fluoxetina para prevenir la conducta suicida183.

A las 36 semanas de tratamiento127, se observó una convergencia de los resultados, con una mejoría clínica en los tres grupos de tratamiento, si bien, el tratamiento con fluoxetina sola o en combinación con la TCC produjo una mejoría más rápida que la TCC sola. Respecto a la ideación y conducta suicida, disminuyó especialmente con la terapia combinada o la TCC. Los actos con intencionalidad suicida fueron más frecuentes en pacientes que to-maban fluoxetina sola (15%) que en los que realizaron TCC (6%) o terapia combinada (8%), lo que podría indicar que la TCC tiene un efecto protector o que podría incrementar la seguridad del paciente.

En cuanto al mantenimiento de los resultados en el tiempo, el tratamien-to combinado fue el que obtuvo mejores resultados a las 12 semanas, mientras que a las 36 semanas, este porcentaje fue similar en todos los grupos, lo que sugeriría la importancia del mantenimiento de los tratamientos en el tiempo.

En resumen, en el estudio TADS se concluye que en adolescentes con depresión moderada a grave, la utilización de fluoxetina sola o en combina-ción con TCC parece acelerar la respuesta clínica, y el complementar la me-dicación con la terapia cognitivo-conductual puede aumentar la seguridad del paciente al reducir la intencionalidad suicida. El balance riesgo/beneficio del esquema de tratamiento combinado parece ser superior a la monotera-pia, bien con fluoxetina bien con TCC.

82 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

7.1.2. El estudio ADAPT

El estudio ADAPT (*Adolescent Depression Antidepressant and Psychothe-rapy Trial*)184 es un ensayo multicéntrico aleatorio y controlado llevado acabo en seis centros de salud mental de Manchester y Cambridge (*Child and Adolescent Mental Health Services,* CAMHS). La muestra fue de 208 adoles-centes de entre 11 y 17 años, diagnosticados o con probabilidad de presentar depresión mayor moderada o grave. Los autores excluyeron a todos aque-llos que estaban a tratamiento con antidepresivos o que por sus condiciones clínicas precisaban iniciarlo de forma inmediata.

Antes de ser incluidos en el estudio, a los pacientes se les ofreció, y siem-pre que no la hubieran tenido ya antes, una breve intervención psicoeducativa. Si no se producía ninguna mejoría, los participantes se aleatorizaron en el grupo de ISRS o de ISRS + TCC durante 12 semanas, seguido de una fase de mantenimiento de 16 semanas. El ISRS utilizado fue la fluoxetina con una dosis inicial de 10 mg/día, que se incrementó a 20 mg/día si era bien tolerada, y, en caso de necesidad, hasta un máximo de 60 mg/día. El tratamiento psico-terapéutico consistió en 12 sesiones de TCC (una por semana), seguidas de se-siones de mantenimiento cada 15 días y una sesión final a las 28 semanas (total de 19 sesiones). Además, todos los participantes recibieron cuidados habitua-les (monitorización regular de su estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo tanto a los adolescentes como a sus familias, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales, como profesores o trabajadores sociales).

La principal medida de resultado fueron los cambios producidos en la escala HoNOSCA para niños y adolescentes, en que ambos grupos mostra-ron importantes mejorías, aunque sin que se observarsen diferencias entre ellos a las 28 semanas de tratamiento. Tampoco se observaron diferencias en-tre los grupos a la hora de evaluar los resultados de las variables secundarias CDRS-R, CGAS y MFQ (*Mood and Feelings Questionnaire*) y esta ausencia de diferencias se mantuvo tras ajustar los datos por edad, sexo, gravedad, co-morbilidades, calidad y duración del tratamiento psicoterapéutico recibido.

El porcentaje de respuesta obtenido por este estudio a las 12 semanas fue del 40%, algo más baja que la observada en otros estudios, lo que podría ser de-bido a la exclusión de aquellos pacientes que respondieron a una breve interven-ción psicoeducativa. A las 28 semanas, la tasa de respuesta fue cercana al 60%.

En el estudio ADAPT se concluye que:

• Una breve intervención psicoeducativa previa de dos semanas de duración podría ser efectiva en una proporción de los adolescentes derivados al servicio especializado de salud mental con depresión mayor moderada-grave.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 83

• Los ISRS, en concreto la fluoxetina, junto a los cuidados estándar habituales, serían el tratamiento de elección en los adolescentes con depresión mayor moderada o grave y que no respondieron a la intervención psicoeducacional inicial.

• Los cuidados estándar más la fluoxetina, asociados o no a la TCC, producen una mejoría clínica consistente en una reducción de los síntomas, ideación o conducta suicida y una mejora también de la función psicosocial.

• La respuesta clínica al tratamiento puede tardar hasta dos semanas en algunos pacientes. Tras siete meses de tratamiento, únicamente uno de cada 10 adolescentes presentaron una respuesta mínima o nula al tratamiento con fluoxetina.

• La terapia combinada de fluoxetina y TCC no se asocia a un incremento de ideación o conducta suicidas.

• No existe evidencia de que la TCC añadida al tratamiento con fluoxetina tenga un efecto de protección sobre la conducta suicida.

• Si se realizan cuidados clínicos estándar, la probabilidad de que el síndrome de desinhibición producido por la fluoxetina incremente las autolesiones o la violencia hacia los demás es insignificante.

7.1.3. Otros estudios

Un estudio llevado a cabo con 152 adolescentes con depresión mayor, se diseñó con el objetivo de comprobar el efecto de un programa de TCC (5-9 sesiones de TCC individual) añadido a los cuidados habituales en atención primaria. Se comparó un grupo que recibió cuidados habituales y ISRS fren-te a otro grupo que, además de ésto, recibió TCC. Se realizó un seguimiento de 52 semanas desde el inicio de la intervención, y se encontró una ligera tendencia favorable, aunque no significativa, hacia el grupo que recibió la TCC en el CES-D, siendo los adolescentes con depresión moderada los que más se beneficiaron de la intervención con TCC. No se encontraron diferen-cias entre los grupos en cuanto a tasas de recuperación en el seguimiento185.

Melvin *et al.* (2006)128 realizaron un ensayo aleatorizado y controlado con el fin de evaluar la TCC (12 sesiones de 50 minutos de frecuencia sema-nal), la sertralina (25 mg/día durante una semana, que se podía incrementar hasta 50 mg/día) y la combinación de ambos tratamientos. La muestra fue de 73 adolescentes entre 12 y 18 años con criterios DSM-IV de depresión mayor leve-moderada, distimia u otros trastornos depresivos no especificados, y se excluyeron aquellos adolescentes con conducta o ideación suicida en el mo-mento del estudio. Tras 12 semanas de tratamiento, los resultados obtenidos

84 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

por el grupo combinado no difirieron de los obtenidos por el de la TCC o la sertralina sola; la respuesta obtenida con la TCC fue significativamente mejor que la del grupo de la sertralina, aunque habría que tener en cuenta aspectos como la baja dosis del fármaco empleada o el ser pacientes con de-presión mayor leve-moderada, por lo que estos resultados a favor de la TCC se deben interpretar con cautela. Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, tanto la TCC como la sertralina podrían ser recomendadas para el tratamiento de la depresión mayor, al mostrar un porcentaje de respuesta equivalente. Tras el tratamiento a corto plazo, los tres grupos mostraron me-jorías en las medidas de resultado, que se mantuvieron seis meses después. La evidencia no apoya la hipótesis de que la terapia combinada fuese supe-rior a los tratamientos realizados de forma independiente (tabla 19).

**Tabla 19. Resumen de los resultados obtenidos por los estudios de tratamiento combinado**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estudio** | **Población** | **Duración** | **Tratamiento** | **Tipo de** |  | **Resultados** | |  |
| **depresión** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |
| Clarke *et* | 152 adolescentes. | 52 | – Tratamiento | DM | Ligera tendencia favorable | | |  |
| *al*. (2005) | 12-18 años | semanas | habitual + ISRS. | moderada- | hacia el grupo que recibió TCC. | | |  |
| (185) |  | – TCC (5-9 sesiones) | grave. |  |  |  |  |
|  |  | No se encontró diferencia | | |  |
|  |  |  | + tratamiento |  | entre los grupos en cuanto | | |  |
|  |  |  | habitual + ISRS. |  | a recuperación en el | | |  |
|  |  |  |  |  | seguimiento. | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |
| Melvin *et* | 73 adolescentes. | 12 | – TCC (12 sesiones) | DM leve- | Tto combinado igual resultado | | |  |
| *al.* (2006) | 12 a 18 años | semanas | – Sertralina (25 mg/ | moderada. | que grupo TCC o que grupo | | |  |
| (128) |  |  | dia hasta 50 mg/ |  | de sertralina. | |  |  |
|  |  |  | dia) |  | Grupo de TCC mejor que | | |  |
|  |  |  | – Tto combinado |  | grupo de sertralina. | | |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |
| Riggs *et* | 126 | 16 | – Fluoxetina (20 mg/ | DM | - CDRS: mayor eficacia de | | |  |
| *al*. (2007) | adolescentes. | semanas | dia) + TCC | moderada- | fluoxetina + TCC. | | |  |
| (186) | 13 a 19 años |  | – Placebo + TCC | grave. | - CGI: sin cambios. | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TADS | 439 | 36 | – Fluoxetina (20 mg/ | DM | 12 | semanas: Tto | combinado |  |
| (2007)(127) | adolescentes. | semanas | dia, hasta 40 mg/ | moderada- | mejor que fluoxetina, TCC o | | |  |
|  | 12 a 17 años |  | dia) | grave. | placebo. | |  |  |
|  |  | – TCC (15 sesiones) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 36 semanas: convergencia | | |  |
|  |  |  | – Tto combinado |  | de resultados entre fluoxetina, | | |  |
|  |  |  |  |  | TCC y Tto combinado. | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADAPT | 208 | 28 | – Fluoxetina (20 mg/ | DM | Sin | diferencias | significativas |  |
| (2007)(184) | adolescentes. | semanas | dia, hasta 60 mg/ | moderada- | entre grupo de fluoxetina o | | |  |
|  | 11 a 17 años |  | dia) | grave. | fluoxetina más TCC. | | |  |
|  |  | – Fluoxetina + TCC |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | (12 sesiones) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia

El objetivo del ensayo llevado a cabo por Riggs *et al.* (2007)186 fue evaluar el efecto de una dosis de 20 mg diarios de fluoxetina frente al placebo, en 126 adolescentes con depresión mayor (moderada-grave), trastornos por abuso de sustancias y problemas de conducta. Los autores excluyeron los pacientes con

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 85

alto riesgo de suicidio. Ambos grupos de tratamiento (fluoxetina o placebo) recibieron sesiones semanales de TCC. Antes o después de éstas, una enfer-mera controlaba la adherencia y la aparición de efectos adversos, siendo las principales variables de resultado, las puntuaciones obtenidas en las escalas CDRS-R y CGI-I. Tras 16 semanas de tratamiento, la fluoxetina + TCC fue significativamente más eficaz que el placebo + TCC en la escala CDRS, pero no en la CGI, en donde los resultados entre ambos grupos fueron similares. En ambos grupos se obtuvo una disminución del consumo de sustancias y de los trastornos de conducta, aunque las diferencias entre ambos no fueron estadísticamente significativas.

7.2. Estrategias en depresión resistente

A pesar de haberse demostrado la eficacia del tratamiento con ISRS, psico-terapia o ambos, en la depresión mayor del niño y del adolescente, al menos un 40% de estos pacientes no muestran una adecuada respuesta y solo una tercera parte muestran una completa remisión clínica187, 188. No existe una de-finición consensuada de cuándo la depresión de un niño o adolescente debe considerarse resistente. Siguiendo los criterios de la depresión del adulto podríamos definirla como aquella que no mejora tras dos o más ensayos con fármacos de acción antidepresiva contrastada, administrados en dosis terapéuticas y durante el tiempo adecuado.

Es preciso diferenciar el concepto de depresión resistente de aquellos pacientes que no responden a un primer tratamiento inicial, que serían aque-llos que no presentan una mejoría clínica tras un único ensayo de tratamien-to, tanto farmacológico como psicoterapéutico. En estos casos se deberán verificar siempre la presencia de los factores expuestos en la tabla 20.

**Tabla 20. Principales factores que revisar ante la falta de respuesta terapéutica en la depresión**

– Revisión del diagnóstico.

– Empleo de dosis farmacológica terapéutica máxima eficaz durante un período adecuado.

– Revisión de la duración de la psicoterapia y exposición mantenida a factores vitales estresantes.

– Potenciación de la conciencia de enfermedad, motivación al cambio y adherencia al tratamiento.

– Revisión de posible comorbilidad con otras enfermedades médicas o trastornos mentales: ansiedad, distimia, abuso de sustancias adictivas o trastornos de la personalidad.

Fuente: elaboración propia

86 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Una posible opción terapéutica ante depresiones que no responden a trata-miento sería la derivación del niño/adolescente a un hospital de día psiquiá-trico, nivel intermedio entre el tratamiento ambulatorio y el hospitalario. La depresión grave y acompañada de otro tipo de psicopatología (problemas de personalidad, disfunción familiar, desadaptación a la escuela, etc.) sería una de las indicaciones para tratamiento intensivo desde este tipo de centros. Sin embargo hay que tener en cuenta que aunque este recurso asistencial está creciendo significativamente en los últimos años, no está disponible aún en todos los servicios de salud de las comunidades autónomas españolas.

No se dispone de ensayos clínicos realizados en niños o adolescentes con depresión resistente y son muy escasos los estudios que abordan las pautas que se deben seguir ante un cuadro depresivo que no responde a un tratamiento inicial. El único ensayo aleatorizado, controlado y multi-céntrico es el estudio TORDIA189 con el objetivo de evaluar la eficacia del tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o la combinación de ambos, en pacientes adolescentes que no responden a un primer tratamiento con un ISRS. En este estudio, se incluyeron 334 adolescentes de entre 12-18 años con depresión mayor moderada-grave a tratamiento con ISRS durante las últimas ocho semanas (al menos en las cuatro últimas deberían haber reci-bido 40 mg al día de fluoxetina o su equivalente: 40 mg de paroxetina, 40 mg de citalopram, 20 mg de escitalopram o 150 mg de sertralina). Se excluyeron aquellos participantes con dos o más intentos previos de tratamiento con ISRS, historial de no respuesta a la venlafaxina o a la TCC. Fueron excluidos aquellos participantes que estaban recibiendo en ese momento TCC, pero no aquellos que estaban o habían estado con otras modalidades de psicote-rapia individual.

Los participantes fueron aleatorizados a uno de los cuatro tratamien-tos, con una duración de 12 semanas: 1) cambio a un segundo ISRS; 2) cam-bio a venlafaxina; 3) cambio a un segundo ISRS + TCC; 4) cambio a ven-lafaxina + TCC. Las dosis de los ISRS fueron: una dosis inicial de 10 mg al día durante la primera semana y 20 mg/día durante las semanas 2 a 6, con la opción de incrementar hasta 40 mg/día si la mejoría clínica era insuficiente. La dosis de venlafaxina fue de 37,5 la primera semana, incrementándose progresivamente hasta 150 mg en la cuarta semana, con la opción de incre-mentar hasta 225 mg en la sexta semana. La TCC fue realizada por profesio-nales expertos, enfatizando en la restructuración cognitiva y la activación del comportamiento, en la regulación de las emociones, las habilidades sociales y la solución de problemas, con sesiones conjuntas de padres-hijos para me-jorar el apoyo, disminuir las críticas y aumentar la comunicación y la solu-ción de problemas. Se realizó una sesión semanal de 60-80 minutos durante las 12 semanas, de las que de 3 a 6 fueron sesiones familiares.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 87

Las variables de resultado primarias fueron los cambios en las escalas *Cli-nical Global Impressions-Improvement* (CGI-I) y *Children’s Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R). Para las variables secundarias se utilizaron el *Beck Depression Inventory (BDI)*, el *Suicidal Ideation Questionnaire-Junior High School version* (SIQ-Jr) y el *Children’s Global Adjustment Scale* (CGAS).

La opción de combinar TCC con otro fármaco (ya sea un segundo ISRS o venlafaxina) obtuvo un mayor porcentaje de respuesta que cambiar únicamente a otro fármaco (55% frente a 41%), por lo que fue estadística-mente significativa la diferencia entre ambos grupos. Sin embargo, las tasas de respuesta entre cambiar a un segundo ISRS o a venlafaxina, fueron simi-lares (48% frente a 47%). En ambos casos, no se observaron diferencias en los resultados obtenidos en las escalas CGI-I y CDRS-R, ni tampoco en los cuestionarios BDI y SIQ-Jr.

Hubo diferencias significativas en la respuesta al tratamiento del grupo de la TCC según el lugar donde fuese llevada a cabo, mientras que no se ob-servaron tales diferencias con el tratamiento farmacológico. Se observó un mayor porcentaje de pacientes con hipertensión diastólica, taquicardia y pro-blemas dermatológicos en el grupo tratado con venlafaxina que en el tratado con ISRS. No se observó que el tratamiento combinado mejorase la tasa de ideación y conducta suicida, en comparación con la medicación sola.

Conviene tener en cuenta que en este estudio se incluyeron solo ado-lescentes con depresión mayor que no respondieron a un tratamiento previo con ISRS, y no solo pacientes no respondedores a fluoxetina, sino también a otros ISRS (paroxetina, citalopram, escitalopram o sertralina). Los autores han considerado todos estos fármacos de igual eficacia, cuando se ha obser-vado que la eficacia de la paroxetina no está demostrada y que la obtenida por el citalopram, escitalopram y sertralina es inferior a la de la fluoxetina, por lo que únicamente los pacientes a tratamiento con fluoxetina podrían ser etiquetados de no respondedores.

7.3. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en provocar, con finalidad tera-péutica, una crisis comicial generalizada a través de una estimulación eléc-trica del sistema nervioso central. No es una práctica habitual en niños y adolescentes y su utilización es controvertida en este grupo de edad62, 119, 190.

No existen estudios de buena calidad metodológica que evalúen la efi-cacia de la TEC en este grupo de edad62, 190. La información procedente de es-tudios retrospectivos abiertos y de series de casos indican una tasa de mejora

88 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

entre el 60-80% para la depresión mayor191, e incluso tasas de respuesta del 100%, aunque esos estudios también incluyeron otras comorbilidades junto con el trastorno depresivo mayor192.

La guía NICE62 recoge una serie de parámetros prácticos para el uso de la TEC en adolescentes propuestos por la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) del año 2002. Este mismo organismoen una publicación del año 2004192 indica que antes de que un adolescente sea considerado para TEC debe presentar:

1. Diagnóstico: depresión mayor grave, persistente o manía con o sin síntomas psicóticos, trastorno esquizo-afectivo o menos frecuente, esquizofrenia.
2. Gravedad de los síntomas: los síntomas del paciente deben ser graves, persistentes y significantemente discapacitantes, o que pongan en peligro su vida, como negarse a comer o beber, alto riesgo de suicidio, manía y psicosis graves.
3. Falta de respuesta al tratamiento de al menos dos intentos farmacológicos acompañados por otras modalidades de tratamiento adecuado. La TEC podría ser considerada precozmente en aquellos casos en los que:
   1. Los intentos con la medicación adecuada no fueron posibles debido a la intolerancia por parte de los pacientes al tratamiento farmacológico.
   2. Los adolescentes tienen gran afectación general que les impide tomar la medicación.
   3. La espera de respuesta del tratamiento psicofarmacológico podría poner en peligro la vida del adolescente.

Efectos adversos

Los estudios en niños y adolescentes raramente informaron de efectos ad-versos190 y no se encontró ninguno que aportara evidencia en relación al impacto de la TEC sobre el desarrollo cerebral. Los efectos podrían ser los mismos que en adultos, y podría causar amnesia retrógrada y anterógrada. En algunos casos es difícil diferenciar los efectos de la TEC de los síntomas de la propia enfermedad62. También puede producirse epilepsia prolongada y existen riesgos asociados a la anestesia general. Otros efectos adversos menos graves pueden ser: dolor de cabeza, nauseas, vómitos, dolor muscular, confusión y agitación, que no suelen persistir más allá del día de tratamiento. En adultos, la tasa de mortalidad asociada a la TEC es de 2,2/ 10 000 y la aso-ciada a la anestesia, del 1,1/ 10 000. Se piensa que en adolescentes no existe

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 89

una tasa adicional de riesgo de la TEC ni un riesgo incrementado en las complicaciones relacionadas con la anestesia en el período de recuperación inmediato192. No obstante, el informe de la NICE sobre la TEC publicado en el año 2003193 comunica que los riegos pueden verse incrementados en niños y jóvenes, y, por tanto que los médicos deberían tener una precaución particular al considerar este tratamiento en este grupo de edad.

Contraindicaciones

Aunque no existen suficientes datos, la literatura disponible demuestra con-traindicaciones similares a las encontradas en adultos. Entre ellas estarían: tumores del sistema nervioso central asociados con hipertensión intracra-neal, infección respiratoria grave e infarto de miocardio reciente192.

**Resumen de la evidencia**

**Tratamiento combinado**

Estudio TADS (126, 127, 170, 180-183)

– El tratamiento combinado resultó ser especialmente eficaz en la depresión mayor moderada; en la depresión grave la combinación de TCC y fluoxetina no supuso un beneficio significativo frente a la fluoxetina sola en el tratamiento a 12 semanas.

– A largo plazo se observó una convergencia de resultados, con importantes porcentajes de mejoría en los tres grupos, si bien, el tratamiento con fluoxetina sola o en combinación

|  |  |
| --- | --- |
| 1++ | con la TCC produjo una mejoría más rápida que la TCC sola. Los pacientes tratados |
|  | solo con fluoxetina tuvieron el doble de probabilidades de presentar una conducta |
|  | suicida que aquellos que también realizaban TCC, lo que podría indicar que la TCC |
|  | tiene un efecto protector o que incrementa la seguridad del paciente. |

– El tratamiento combinado obtuvo el mejor resultado de mantenimiento en el tiempo. El hecho de que la fluoxetina obtenga mejores resultados que la TCC a corto plazo pero no en la obtención de respuesta sostenida indica la importancia de mantener el tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Estudio ADAPT (184) |
|  | – El añadir TCC al tratamiento farmacológico no mejora las variables clínicas en |
|  | adolescentes con depresión mayor moderada o grave, y no se observan diferencias |
|  | entre ambos grupos de tratamiento en la escala HoNOSCA, CDRS-R, MFQ y CGAS. |
|  | – Los ISRS, en concreto la fluoxetina, junto a los cuidados estándar habituales, son |
|  | una opción razonable para el tratamiento de adolescentes con depresión moderada |
|  | o grave. |
| 1++ | – La respuesta clínica al tratamiento puede tardar hasta dos semanas en algunos |
|  | pacientes. Tras siete meses de tratamiento, solo uno de cada 10 adolescentes presentó |
|  | una respuesta pequeña o nula al tratamiento con fluoxetina. |
|  | – La terapia combinada de fluoxetina y TCC no se asoció a un incremento de ideación o |
|  | conducta suicidas y no se encontró que la TCC añadida al tratamiento con fluoxetina |
|  | tuviese un efecto de protección sobre la conducta suicida. |
|  | – Si se realizan cuidados clínicos estándar, la probabilidad de que el síndrome de |
|  | desinhibición producido por la fluoxetina incremente las autolesiones o la violencia hacia |
|  | los demás, es casi inapreciable. |

90 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Estrategias en depresión resistente**

1+

Estudio TORDIA (189)

– En adolescentes con depresión moderada-grave que no responden a un tratamiento inicial con un ISRS, la combinación de TCC y el cambio a otro antidepresivo presenta una mayor probabilidad de respuesta que únicamente el cambio de antidepresivo.

– La eficacia de cambiar a un segundo ISRS fue similar a la de cambiar a venlafaxina, aunque con menor número de efectos adversos.

**Terapia electroconvulsiva**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | La evidencia de la efectividad de la TEC en la depresión mayor en adolescentes es |  |
| 2+ | limitada por la falta de estudios controlados. Estudios de casos sugieren que podría |  |
| ser efectiva en ciertas situaciones de depresión mayor del adolescente. No existe |  |
|  |  |
|  | evidencia en niños preadolescentes (62, 190, 192). |  |
|  |  |  |
| 2+ | El efecto secundario más frecuente de la TEC es la pérdida de memoria; no se conocen |  |
| los efectos que pueda tener sobre el cerebro en desarrollo (62, 190, 192). |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | La TEC es una intervención reservada únicamente para pacientes con sintomatología |  |
| 2+ | grave y persistente que no hayan respondido a otro tipo de tratamiento o en los que |  |
|  | exista una situación de amenaza grave para su vida (62, 192). |  |
|  |  |  |
| **Recomendaciones** | |  |
|  |  |  |
|  | Ante un paciente que no mejora tras la instauración de un tratamiento, se recomienda |  |
| 3 | revisar el diagnóstico y verificar el cumplimiento terapéutico. Cuando el tratamiento |  |
| sea de tipo farmacológico, se debe confirmar que se está dando el fármaco en el |  |
|  | tiempo y dosis adecuadas. |  |
|  |  |  |
| 3 | Cuando el paciente no mejore tras una terapia psicológica, se ha de verificar que se |  |
| haya administrado el tiempo y el número de sesiones adecuados. |  |

En aquellos pacientes con depresión mayor moderada que no respondan a una

* terapia psicológica específica, se recomienda combinar terapia cognitivo-conductual con tratamiento farmacológico del grupo ISRS.

Si se produce respuesta al tratamiento, este deberá continuarse por lo menos

* seis meses (recomendable entre 6 y 12 meses) tras la remisión del cuadro depresivo.

En adolescentes con depresión moderada-grave que no respondan a un tratamiento

* inicial con ISRS, se recomienda combinar terapia cognitivo conductual y cambiar a otro antidepresivo del grupo ISRS.

La terapia electroconvulsiva estaría indicada en adolescentes con depresión mayor

* grave y persistente, con síntomas graves que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.

La terapia electroconvulsiva debería ser utilizada en adolescentes de forma

* excepcional, por un profesional experimentado (psiquiatra infantojuvenil), tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 91

1. Otras intervenciones terapéuticas

**Preguntas para responder:**

• ¿Son efectivas las técnicas de autoayuda y otros tratamientos alter-nativos en la depresión del niño y del adolescente?

• ¿Es efectivo el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de los niños y adolescentes con depresión mayor?

• ¿Son efectivas las intervenciones en el ámbito familiar, social y del entorno?

8.1. Técnicas de autoayuda

La autoayuda tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud, con participación mínima por parte del terapeuta194. Incluye el uso de material escrito (biblioterapia, folletos informativos), programas informáti-cos, material grabado en audio/vídeo o páginas web que ayuden a modificar las actitudes y comportamientos y consigan solucionar o mejorar los proble-mas. El material de autoayuda escrito para la depresión en la infancia y en la adolescencia es escaso195.

La autoayuda guiada es una modalidad más completa, que utiliza el material de autoayuda, pero añade una orientación mínima por parte de un profesional, que monitoriza el progreso, aclara los procedimientos, responde las preguntas generales y presta apoyo o estímulo en el seguimiento de las recomendaciones de autoayuda194. La guía NICE62 incluye un pequeño ensa-yo sobre autoayuda guiada que pone de manifiesto que esta terapia al com-pararla con un grupo control en lista de espera (durante 4 semanas) puede mejorar los síntomas depresivos.

8.1.1. Biblioterapia y utilización de material de autoayuda

Jorm *et al.*196 realizaron una revisión sistemática en la que se evaluó la efica-cia de diferentes técnicas de autoayuda y de otras intervenciones en la depre-sión del niño o adolescente. Los autores excluyeron todos aquellos estudios de baja calidad, como las series de casos y las opiniones de expertos. En lo referente a la biblioterapia, únicamente incluyeron un estudio de pequeño

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 93

tamaño muestral realizado en adolescentes con depresión y en el que se ob-servó que la biblioterapia reducía los pensamientos disfuncionales, pero no los pensamientos automáticos197.

Ahmead y Bower198 realizaron una revisión sistemática y un metaa-nálisis con el objetivo de determinar la eficacia de diferentes técnicas de autoayuda en el tratamiento de diferentes rangos de gravedad de depre-sión y ansiedad en jóvenes de 12 a 25 años. Incluyeron 6 ECA y 8 estu-dios cuasi experimentales de baja calidad metodológica. Los materiales de autoayuda consistieron en programas informáticos (cuatro estudios), bi-blioterapia (ocho estudios) o grabaciones de audio o video (dos estudios). No se observaron cambios significativos en la autoestima de los pacientes, en la cognición social (autoeficacia y locus de control), ni en los síntomas emocionales.

8.1.2. Otras técnicas o intervenciones

En este apartado se incluyen:

• Relajación y técnicas de distracción, que aunque pueden ser empleados de forma independiente, son componentes frecuentes de tratamientos que han demostrado su eficacia, como la TCC.

• Técnicas complementarias o alternativas, como el masaje, la musicoterapia o la utilización de ciertas dietas o nutrientes. En muchos casos, estas técnicas no están plenamente respaldadas por los sistemas sanitarios o no están incluidas en sus carteras de servicios.

• Participación en organizaciones de voluntarios, formación de grupos de apoyo de iguales, redes sociales y soporte familiar.

Se resumen a continuación los principales resultados de la revisión sistemá-tica de Jorm *et al.*196:

• **Relajación**: en dos ensayos aleatorizados se evaluó la eficacia de la relajación en adolescentes con depresión. En el primero199, y en comparación con el masaje, la relajación tuvo efectos sobre la ansiedad, pero no sobre la depresión. En el segundo ensayo130, la relajación se comparó con la TCC, y obtuvo un peor resultado que ésta. En dos estudios no aleatorizados se observaron menores puntuaciones en depresión tanto en los pacientes de los grupos de entrenamiento en relajación, de reestructuración o del grupo control. Tanto la relajación como el ver un vídeo relajante produjeron mejoría en la ansiedad, pero no en la depresión200, 201.

94 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

• **Técnicas de distracción**: en un único estudio202 se midieron los síntomas depresivos autoinformados en 75 pacientes con depresión, en 26 pacientes psiquiátricos sin depresión y en 33 controles sanos. Los tres grupos fueron expuestos a rumiación inducida o a técnicas de distracción, y se observó una mayor sintomatología depresiva tras la rumiación que tras las técnicas de distracción.

• **Masaje**: en tres ensayos de pequeño tamaño muestral199, 203, 204 se observó que el masaje reducía la sintomatología depresiva a corto plazo y producía efectos en la asimetría de las ondas del EEG (marcador de la vulnerabilidad para la depresión).

• **Arteterapia**: en un único estudio no se observaron diferencias entre esta técnica y las actividades recreativas informales en un grupo de 39 pacientes ingresados por conducta suicida205.

• **Musicoterapia**: un ensayo aleatorizado de pequeño tamaño muestral206, en el que se comparó la musicoterapia con la terapia cognitivo-conductual, observó una mayor reducción de síntomas de depresión entre los participantes asignados a la musicoterapia, si bien la calidad metodológica del estudio impide asegurar la eficacia del tratamiento.

• **Ácidos grasos omega-3**: se incluyó un único ensayo que incluyó 28 niños de 6-12 años con depresión que se distribuyeron aleatoriamente para recibir ácidos grasos omega-3 o placebo207. De los 20 pacientes analizados, 7 de 10 niños que recibieron ácidos grasos omega-3 presentaron una disminución en la escala CDRS mayor del 50%, mientras que ningún niño del grupo placebo presentó mejoría. Aunque la aportación de ácidos grasos omega-3 parece mejorar la sintomatología depresiva, la calidad metodológica del estudio impide asegurar la eficacia del tratamiento.

• **Terapia lumínica**: un estudio en el que se comparó la terapia lumínica con la relajación en 9 pacientes con depresión invernal y depresión no estacional, únicamente se observó mejoría en el grupo de depresión invernal208. En otro estudio se compararon 28 pacientes que recibieron terapia lumínica o placebo, y se observó mejoría en la sintomatología informada por los padres, pero no en la autoinformada209.

Por último, en una revisión sistemática, realizada por Morgan y Jorm210, se abordaron diferentes tratamientos alternativos y técnicas de autoayuda para el tratamiento de la depresión (borraja, carnitina, cromo, ginkgo biloba, ginseng, la-vanda, lecitina, azafrán, selenio, hierba de San Juan, vitaminas, cafeína y dieta baja en proteínas y rica en carbohidratos). Al ser realizada sin restricciones de edad, la mayoría de los estudios fueron en adultos, en general con una metodología de baja calidad y sin encontrar cambios significativos respecto al grupo control.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 95

8.2. Ejercicio físico

Otra forma de autoayuda es la promoción de actividades dirigidas al manteni-miento de una buena salud mediante el ejercicio físico, dieta sana y otras for-mas de vida saludable, como evitar el tabaco, el alcohol y otras drogas y man-tener un patrón de sueño adecuado. Estos aspectos suelen estar alterados por el propio trastorno depresivo, por lo que es importante incidir sobre ellos.

En líneas generales, el ejercicio y la actividad física se asocian con una mayor calidad de vida y con mejores resultados en la salud tanto física como mental211. Sin embargo, en niños y adolescentes los estudios son escasos y no siempre concluyentes y además, suelen están realizados en población gene-ral o con depresión leve.

En el año 2006, Larún *et al.*212 realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar si el ejercicio físico reduce o previene la ansiedad o la depresión en niños y jóvenes. Incluyeron 16 ensayos aleatorizados con un total de 1191 participantes entre 11 y 19 años de edad. Las intervenciones fueron diferentes ejercicios aeróbicos, como caminar, correr, aeróbic o le-vantamiento de pesas. El período de intervención varió de seis a 40 semanas y el ejercicio se comparó con: ninguna intervención (ningún tratamiento, lista de espera o actividad física regular proporcionada por la escuela o la institución), ejercicio de baja intensidad o intervenciones psicosociales (gru-po de discusión o de orientación).

En la población general, los autores observaron una diferencia estadísti-camente significativa en puntuaciones de depresión a favor del grupo que rea-lizó ejercicio físico aeróbico o con pesas, aunque los ensayos fueron en general de baja calidad metodológica y sumamente heterogéneos. En niños y adoles-centes en tratamiento para la depresión, no se encontraron diferencias esta-dísticamente significativas. Tampoco se hallaron diferencias, ni en la población general ni en niños bajo tratamiento, al comparar el ejercicio físico aeróbico o anaeróbico con el ejercicio de baja intensidad o la relajación, ni tampoco al comparar ejercicio físico en general con las intervenciones psicosociales.

Nabkasorn *et al.* (2006) realizaron un ensayo aleatorizado de diseño cruzado en 49 mujeres jóvenes de 18 a 20 años con depresión leve-mode-rada. Las participantes fueron aleatorizadas para realizar un régimen de ejercicio físico en grupo (cinco sesiones semanales de 50 minutos de carrera lenta) o bien actividades de la vida diaria durante 8 semanas. Posteriormente realizaron el régimen alternativo durante otras 8 semanas, y se observó una asociación estadísticamente significativa entre la realización de ejercicio fí-sico y un descenso en la puntuación obtenida en una escala de depresión213.

96 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Por último, el estudio realizado por Johnson *et al.* en 1 721 chicas adolescen-tes de 12 años, no observó ninguna correlación significativa entre síntomas depresivos y actividad física214.

La evidencia respecto a la eficacia del ejercicio físico es limitada, por lo que la conveniencia de su recomendación como parte de la estrategia tera-péutica se valorará de forma individualizada, y siempre que la gravedad del cuadro no dificulte su realización.

8.3. Intervenciones familiares, sociales y del entorno

En la guía NICE se aborda mediante una revisión narrativa, el papel del soporte familiar y de las intervenciones sociales y del entorno en el trata-miento de la depresión del niño y del adolescente62. Sus autores conside-ran que a pesar de que las intervenciones familiares podrían ser estrategias preventivas útiles, existen pocos estudios al respecto y los existentes fueron realizados principalmente en EE.UU., por lo que resulta difícil extrapolar sus resultados a nuestro contexto. A pesar de ello, las limitadas evidencias disponibles sugieren que una intervención preventiva en niños o adolescen-tes con factores de riesgo psicosociales podría ser beneficiosa.

Los factores sociales y del entorno podrían tener un impacto sobre la sa-lud mental de los niños y jóvenes, incluida la relación con sus grupos de iguales, situación laboral de los padres, cuestiones económicas o del vecindario, acoso por parte de iguales o problemas escolares. Hay estudios que consideran el acoso escolar como un factor predisponente y posible causa de la depresión en niños y adolescentes, y que señalan la eficacia de algunas intervenciones es-colares contra el acoso. Sin embargo, las evidencias sobre una relación directa entre esos factores y la aparición de depresión son escasas.

**Resumen de la evidencia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | La evidencia sobre la eficacia de las técnicas de autoayuda y de tratamientos |  |
| 1- | alternativos en la depresión mayor en niños y adolescentes es muy limitada |  |
|  | al existir pocos estudios de calidad metodológica (196). |  |
|  |  |  |
|  | La realización de ejercicio parece reducir las puntuaciones de depresión en |  |
| 1- | la población general de niños y adolescentes, aunque la heterogeneidad de |  |
| los participantes, de las intervenciones empleadas y los distintos métodos |  |
|  |  |
|  | de medición, limitan la posibilidad de establecer conclusiones (212). |  |
|  |  |  |
| 2+/3 | La limitada evidencia disponible sugiere un efecto beneficioso de las |  |
| intervenciones preventivas en el ámbito familiar, social y del entorno (62). |  |
|  |  |
|  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 97

**Recomendaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Se recomienda que todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de |  |
| 3 | la depresión del niño o el adolescente dispongan de una adecuada formación que |  |
| les permita aconsejar sobre todas aquellas formas de autoayuda potencialmente |  |
|  | útiles para los pacientes, sus padres o cuidadores. |  |
|  |  |  |
| 3 | La recomendación de intervenciones de autoayuda deberían formar parte de una |  |
| estrategia integral de tratamiento. |  |
|  |  |  |
|  | Se recomienda ofrecer información sobre las ventajas de la realización de ejercicio |  |
| DGPC | físico de forma regular a aquellos niños o jóvenes con depresión, siempre que la |  |
|  | gravedad de esta no dificulte su realización. |  |
|  |  |  |
| 3 | Se recomienda proporcionar también información sobre los beneficios de una |  |
| nutrición equilibrada y el mantenimiento de un patrón de sueño adecuado. |  |
|  |  |  |
|  | En la evaluación del niño o adolescente con depresión mayor se debería tener en |  |
| 3 | cuenta el contexto familiar y social. También se debería valorar la calidad de las |  |
| relaciones interpersonales del paciente, tanto con sus familiares como con sus |  |
|  | amigos e iguales. |  |
|  |  |  |
|  | Se recomienda preguntar siempre al paciente y a sus familiares sobre consumo de |  |
| 3 | alcohol y de otras drogas, y sobre la existencia de antecedentes de acoso escolar, |  |
|  | abusos o conductas autolesivas. |  |
|  |  |  |

98 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. El suicidio en la infancia y en la adolescencia

**Preguntas para responder:**

• ¿Cuáles son los factores de riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?

• ¿Cuáles son los aspectos fundamentales del tratamiento de la idea-ción y de la conducta suicidas?

• ¿Qué intervenciones son eficaces para la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con depresión mayor?

9.1. Suicidio: conceptualización

La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberada-mente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el para-suicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico*”*215*.*

Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre216:

**• conducta suicida**: espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio.

**• ideación suicida**: pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

También se ha propuesto que la conducta suicida podría considerarse un *continuum* que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida y plani-ficación, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o suicidio216-220.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 99

Un aspecto clave de la conducta suicida es su intencionalidad, por lo que algunas definiciones que suelen emplearse para concretar el tipo de con-ducta suicida hacen referencia a la intención de la conducta:

**• suicidio frustrado**: existiendo una verdadera intencionalidad autolítica, algunas circunstancias no previstas por el sujeto impiden la consumación del suicidio221.

**• conducta autolesivas**: lesiones autoinflingidas que producen un daño corporal manifiesto sin llegar a comprometer la vida del paciente221. Este comportamiento autolesivo consiste en infligirse el daño corporal sin intencionalidad suicida.

**• amenaza de suicidio**: se utiliza para definir aquellas expresiones manifiestas que indican a otros la intención de llevar a cabo un suicidio. Pueden ir acompañadas de acciones para iniciar el suicidio222.

Un término que también se emplea con frecuencia es el de contagio, que se utiliza para definir aquellos suicidios que ocurren en breve espacio de tiem-po en un sector determinado, generalmente en una comunidad o escuela216.

9.2. Epidemiología del suicidio

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un serio problema de salud pública223. A pesar de ello, la mayoría de los estudios epidemioló-gicos no abordan la adolescencia de forma independiente y existe cierto solapamiento de edades en cuanto a los grupos establecidos. Además, en la infancia el suicidio es un hecho excepcional por lo que algunos estudios no contabilizan a los menores de 15 años por el escaso número de casos224, 225. Según las estimaciones de la OMS (tabla 21), a nivel mundial uno de los datos más preocupantes es el aumento en las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. La mayoría de los estudios nacionales e internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes, sobre todo en varones.

España se sitúa entre los países con las tasas de suicidio más bajas de Euro-pa36, 226 (tablas 21 y 22), aunque una característica de nuestro país es la existencia de una evolución ascendente global (tabla 23), mientras que en la mayoría de los países se está produciendo un descenso o una estabilización de las tasas224.

En un estudio comparativo de la evolución del suicidio se observó que los países de la antigua Unión Soviética y Finlandia presentan las tasas de

100 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

suicidio más elevadas del mundo, mientras que Grecia presenta las tasas de suicidio más bajas227.

**Tabla 21. Tasas de suicidio (x 100 000 habitantes) según edad, sexo y año más reciente disponible**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **5-14** |  |  | **15-24** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Región** | **País** | **Año** | **Total** | **Varón** | **Mujer** | **Total** | **Varón** | **Mujer** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| África | Mauritania | 2004 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 8,2 | 11,2 | 5,2 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zimbabue | 1990 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 12,5 | 13 | 12,1 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| América del | Canadá | 2002 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 11,5 | 17,5 | 5,2 |  |
| Norte | EE.UU. | 2002 | 0,6 | 0,9 | 0,3 | 9,9 | 16,5 | 2,9 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| América del | Argentina | 2003 | 0,9 | 1,1 | 0,7 | 12,4 | 19,2 | 5,5 |  |
| Sur | Cuba | 2004 | 0,5 | 0,6 | 0,3 | 5,4 | 7,7 | 3,1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | España | 2004 | 0,3 | 0,5 | 0,1 | 4,3 | 6,4 | 2,1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Finlandia | 2004 | 0,8 | 1,2 | 0,3 | 21,7 | 33,1 | 9,7 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Francia | 2003 | 0,4 | 0,7 | 0,2 | 8,1 | 12,5 | 3,7 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Europa | Grecia | 2004 | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 1,7 | 3,0 | 0,3 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Italia | 2002 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 4,1 | 6,5 | 1,5 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lituania | 2004 | 1,6 | 2,7 | 0,5 | 25,5 | 42,9 | 7,4 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Suecia | 2002 | 0,6 | 0,7 | 0,5 | 9,7 | 14,6 | 4,5 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Reino Unido | 2004 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 5,2 | 8,0 | 2,3 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Región | Irán | 1991 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,4 | 0,2 |  |
| Mediterráneo |  |
| Kuwait | 2002 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 1,2 | 0,0 |  |
| oriental |  |
| Región | China | 2004 | 0,6 | 0,5 | 0,8 | 12,2 | 15,4 | 9,0 |  |
| Pacífico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Japón | 2004 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 12,8 | 16,9 | 8,4 |  |
| occidental |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sudeste | Sri Lanka | 1991 | 2,5 | 3 | 2 | 50,5 | 59 | 42 |  |
| asiático | Tailandia | 2002 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 8,9 | 13,8 | 3,8 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OMS36

**Tabla 22. Número de suicidios por edad y sexo en España.**

**Años 2005 y 2006**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ambos sexos** | | **Varones** | |  | **Mujeres** | |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  | **2005** | **2006** | **2005** | **2006** | | **2005** | **2006** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Todas las edades | 3 399 | 3 234 | 2 570 | 2 | 504 | 829 | 730 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| < de 15 años | 7 | 5 | 4 |  | 2 | 3 | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15-19 años | 66 | 50 | 52 |  | 34 | 14 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)226

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 101

**Tabla 23. Número de defunciones por suicidio, tasas específicas**

**(x 100 000 habitantes) y PCA\* según sexo y edad en España (período 1986-2001). Grupo de edad: 15-24 años**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Varón** | **Mujer** |
|  |  |  |
| Defunciones (n) | 3 861 | 899 |
| Tasas específicas | 7,44 | 1,81 |
| PCA | 0,18 (-0,5 a 0,88) | -0,62 (-2,04 a 0,81) |

\*PCA: porcentaje de cambio; IC del 95%.

Fuente: elaboración propia a partir de Arán Barés et al 224

Una de las características más notables en la epidemiología del suicidio en el siglo XX es su elevación en los varones jóvenes de los países industriali-zados. Así, la evolución temporal del suicidio en Inglaterra y Gales muestra un aumento de las tasas de suicidio, sobre todo en el período 1970-1990. Sin embargo, tras este aumento se observó un descenso año a año de las tasas, sobre todo en el grupo de edad de 15 a 24 años. En mujeres, las tasas se mantuvieron estables a lo largo del tiempo y en el s. XXI son las más bajas de todo el período analizado. Estas fluctuaciones se han relacionado con variaciones en factores de riesgo, y en concreto, los cambios favorables, con una mejor política sanitaria y con los aumentos de los niveles de empleo228.

En cuanto a intentos de suicidio, existen problemas en la recogida de datos, por lo que la estimación de las cifras reales resulta difícil227. Los in-tentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino (aproximadamente 1,6:1). Se estima que cada año aproximadamente 2 millones de adolescentes se intentan suicidar en EE.UU. y apenas 700 000 reciben atención médica por este motivo222. En España existen pocos datos sobre los intentos de suici-dio y su relación con el suicidio consumado. En un estudio reciente en el que se compararon diferentes variables en adolescentes y adultos, se encontró que los intentos de suicidio en adolescentes se realizan de forma más impul-siva, dependen de la disponibilidad de los métodos y con frecuencia no hay psicopatología grave asociada ni deseo de muerte o certeza de esta229.

9.3. Factores de riesgo

Se han analizado variables de muy diferente naturaleza como factores de riesgo implicados en la vulnerabilidad para el desarrollo de ideación y conductas suicidas y, aunque se desconoce el peso de cada uno por separado y las interacciones que puedan establecer entre sí, hay cierto consenso sobre los que a continuación se relacionan (tabla 24).

102 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

9.3.1 Factores individuales

*Depresión:*

Se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida216. Así, en niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo, mientras que en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta222.

La presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en am-bos sexos70, 218, y se observa que los trastornos depresivos están presentes en el 49%-64% de los adolescentes que se suicidan y que es la patología más prevalente219. En una revisión sobre el tema, se habla de que la depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas70.

En un estudio realizado en España con escolares de 8 a 12 años, se puso de manifiesto que tanto la ideación como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva230.

*Otros trastornos mentales:*

Cerca del 60% de niños y del 90% de los adolescentes con conducta suici-da, presentan al menos un trastorno mental en el momento del intento o suicidio consumado219. Los que más se han relacionado son los trastornos afectivos, aunque también el abuso de sustancias y la conducta antisocial. Es frecuente encontrar varios trastornos comórbidos218 y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio216.

La tentativa de suicidio se ha relacionado con los trastornos de alimen-tación en mujeres adolescentes (sobre todo en las de mayor edad), con los trastornos de conducta en los hombres y con el abuso de tóxicos en ambos sexos70.

Otros autores han asociado la conducta suicida con la esquizofrenia231, 232, con el trastorno bipolar219, con trastornos de la personalidad (eje II)233 y con ciertos rasgos de esta (autoestima, impulsividad, ira y agresividad)216.

Los hallazgos sugieren que el diagnóstico psiquiátrico en el momento de la tentativa y la historia psiquiátrica son los factores más importantes para determinar el riesgo suicida216. También se ha relacionado el contacto con el servicio de salud mental previo233.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 103

*Factores psicológicos:*

Algunas variables como la rigidez cognitiva216, 219, 233, el déficit de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orienta-do al futuro, se han relacionado con intento de suicidio232.

En una revisión sistemática se encontró que los adolescentes con con-ducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psi-quiátricos, presentan un mayor déficit de habilidades de resolución de pro-blemas, aunque estas diferencias desaparecen al controlar variables como la depresión y la desesperanza234.

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicio-nalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo algunos autores han propuesto que la desesperanza de por sí, sin existencia de depresión, no pre-dice una tentativa219.

También se han identificado el neuroticismo, la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida y la impulsividad como facto-res de riesgo en adolescentes219, 233.

Con respecto al apego, algunos patrones de apego problemáticos, ca-racterizados por ansiedad de separación excesiva, se relacionan con idea-ción suicida219.

*Intento de suicidio previo:*

La mayoría de los estudios consideran que es uno de los factores de riesgo más importantes, fundamentalmente, y como se ha mencionado anterior-mente, en varones219. Algunos estudios ponen de manifiesto que aproxima-damente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo233.

*Edad:*

Antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución y a que algunos niños pueden no apreciar el suicidio como un hecho irreversible. Sin embargo, aumentan en la adolescencia aso-ciados a la presencia de comorbilidad70, 219, 225, 233, especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos219.

104 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

*Sexo:*

Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo70, 219, 225, 233, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio. En España el sexo se ha con-siderado un factor diferencial, puesto que las tasas de suicidio llegan a ser hasta tres veces más altas en varones que en mujeres en todos los grupos de edad224.

*Factores genéticos y biológicos:*

La disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo219, 222, 233, cambios en el metabolismo de la serotoni-na218, 219, 231, 233, 235, 236 y la presencia de polimorfismos en el gen de la triptófano hidroxilasa219 se han relacionado con la conducta suicida. Por su parte, los marcadores GRIK2 y GRIA3, localizados en genes que codifican los recep-tores ionotrópicos del glutamato, se han asociado con la ideación suicida. Esto es consistente con la evidencia que existe sobre el efecto de los antide-presivos en la señalización del glutamato235.

9.3.2. Factores familiares y contextuales

*Psicopatología de los progenitores:*

La historia familiar de suicidio, la psicopatología y el abuso de tóxicos de los padres se ha asociado frecuentemente a conducta suicida70, 216, 233, 237.

*Estructura o funcionamiento familiar:*

Vivir apartado de los dos padres se ha asociado con incremento de la pre-valencia del fenómeno suicida; sin embargo, no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres218. Algunos estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varo-nes233 y también se han relacionado bajos niveles de comunicación padres-hijos con ideación y conducta suicida70, 219.

*Acontecimientos vitales estresantes:*

Se han relacionado con ideación y conducta suicida70, 216, 219, 233, 237. Los adoles-centes con patología psiquiátrica pueden percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y a su vez, la presencia de sucesos estresantes puede ser el resultado de una conducta desadaptativa219.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 105

*Factores sociales y nivel educativo:*

Se ha encontrado una asociación entre bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo con conducta suicida216, 233. El rendimiento académico bajo ha sido asociado a ideación suicida y el tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar, con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida218.

*Exposición:*

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto de “contagio”) o a deter-minado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado al suicidio70, 216, 218, 237.

*Red social:*

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales y la ideación suicida; también se ha encontrado asociación entre problemas en la relación con los iguales e intentos de suicidio, pero no con los grados de apoyo del grupo de iguales218. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad219.

9.3.3. Otros factores

*Maltrato físico o abuso sexual:*

Los niños sometidos a situaciones de abuso físico y sexual tienen alta inci-dencia de conducta suicida70, 218, 233. Se ha relacionado con el abuso físico y sexual, este último más en varones que en mujeres, con diferencias del 52% en varones y 2% en mujeres. El abuso sexual está relacionado con trastornos psicopatológicos y no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología219.

*Orientación sexual:*

Se ha asociado a ideación y conducta suicida216, 218, 222 233, pero no existe evi-dencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables218, 222.

*Acoso por parte de iguales (bullying):*

Se ha relacionado con conducta suicida y también con altos niveles de estrés e ideación suicida219, 222, 231.

106 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Tabla 24. Principales factores de riesgo de suicidio**

– Depresión mayor.

– Presencia de otros trastornos comórbidos.

– Intento de suicidio previo.

– Edad adolescente.

– Sexo masculino.

– Factores psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva,...).

– Factores genéticos y biológicos.

– Antecedentes psiquiátricos y suicidio en la familia.

– Sucesos vitales estresantes.

– Exposición (casos cercanos o medios de comunicación).

– Dificultades con el grupo de iguales y pareja.

– Maltrato físico y abuso sexual.

– Acoso por parte de iguales o bullying.

Fuente: elaboración propia.

9.4. Factores precipitantes

Se ha visto que determinados factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida:

– Los acontecimientos vitales estresantes, a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad por su condición

psiquiátrica216, 219, 222 236.

– Crisis con los padres236.

– Factores psicológicos/personales236.

– Conflictos familiares219.

– Problemas con el grupo de pares o iguales219.

– Dificultades escolares219.

De todas formas, estos factores precipitantes podrían cambiar con la edad; así, en niños preadolescentes las malas relaciones familiares son un factor preci-pitante común, y en adolescentes los conflictos con el grupo de iguales219.

9.5. Factores protectores

El volumen de estudios que se han centrado en los factores protectores en la infancia o adolescencia es bajo, si se compara con los múltiples estudios

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 107

sobre factores de riesgo233. Algunos factores protectores que se han propues-to son:

– Cohesión familiar y con el grupo de iguales70, 216, 219, 233.

– Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afronta-miento70, 216.

– Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio70, 216.

– Sexo femenino70.

– Creencias religiosas 70, 219.

– Habilidad para estructurar razones para vivir70.

– Nivel educativo219.

– Locus de control interno233.

– Autoestima233.

– Inteligencia233.

– Sistemas de apoyo y recursos: apoyo social, estar en una terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones233.

9.6. Aspectos del tratamiento

9.6.1. Evaluación

Una vez que el niño o adolescente ha contactado con el sistema sanitario, bien a través de un servicio de urgencias o de la propia atención primaria, es necesario realizar una valoración psiquiátrica y psicosocial in situ238.

Para valorar un intento de suicidio, es importante tener en cuenta as-pectos como el método utilizado y su gravedad médica (no siempre es un predictor fiable en niños y adolescentes, dado que pueden realizar un juicio erróneo de la letalidad potencial de su conducta), grado de planificación de la conducta suicida y la accesibilidad a métodos (armas de fuego, sustancias tóxicas...)222. También es importante diferenciar entre las autolesiones que se producen de forma impulsiva, de aquellas de alta letalidad y planificación, así como la existencia o no de arrepentimiento posterior.

Sobre la ideación suicida es necesario indagar acerca de aspectos como el momento de inicio y evolución, el esfuerzo realizado para no ser descu-bierto, la formulación de planes específicos, la motivación o intencionalidad de la conducta (llamada de atención, búsqueda de un cambio en las relacio-nes personales, percepción de estar viviendo una situación intolerable...) y sentimiento de desesperanza222.

108 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Es necesario obtener información de los padres u otras personas que conozcan al niño o adolescente, puesto que la validez de las entrevistas de-penderá del nivel de desarrollo cognitivo y del tipo o grado de gravedad de distrés psicológico. Es frecuente encontrar disparidad entre los datos obte-nidos de los pacientes y de sus padres; normalmente los niños y adolescentes informan mejor de su ideación o conducta suicida que sus padres238.

Es también importante evaluar otros factores subyacentes que pueden indicar un mayor riesgo y orientarnos acerca de aquellos aspectos que pu-diesen requerir una intervención222:

– Diagnóstico de enfermedad mental.

– Factores sociales y función cognitiva.

– Presencia de historia familiar de psicopatología.

– Historia de maltrato físico y abuso sexual.

– Abuso de tóxicos.

– Presencia de un acontecimiento vital estresante.

Por último, y de cara a tomar una decisión clínica, es importante tener en cuenta factores de riesgo como el sexo (mayor riesgo en varones), la edad (mayor riesgo en adolescentes de mayor edad), si vive solo y la existencia de ideación delirante238.

9.6.2. Valoración del riesgo suicida

En general, los instrumentos psicométricos que evalúan el riesgo suicida, po-drían ser útiles para los profesionales que tienen contacto cotidiano con los niños y adolescentes. Normalmente este tipo de cuestionarios se centran en recabar información sobre los factores de riesgo más importantes, como son el intento de suicidio previo o la presencia de depresión mayor, por lo que podrían ayudarnos en la decisión sobre cuándo remitir al paciente a atención especializada. A pesar de que los test autoaplicados pueden ayudar, nunca pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo222.

En la práctica clínica, existen ciertos impedimentos a la hora de utilizar este tipo de métodos:

• Resultan costosos porque, en algunos casos, deben ser aplicados por personal especializado.

• En ocasiones, su adaptación y validación en castellano no ha sido realizada.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 109

• Requieren un tiempo y formación del que algunas veces no se dispone.

*Cuestionario de Riesgo de Suicidio*

Un cuestionario de riesgo suicida que ha sido recientemente validado (con niños y adolescentes mejicanos) es el *Risk of Suicide Questionaire* (RSQ). Este cuestionario fue desarrollado por Horowitz en 2001239 para detectar la conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no es-pecializado. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad. En su versión en castellano se encontró una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con cons-tructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza, por lo que el RSQ podría resultar una herramienta útil. Consta de 14 preguntas tipo Lickert de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems, que son aquellos que tienen relación con la conducta suicida actual, ideación suicida pasada, conducta autodestructiva pasada y factores estresantes actuales240.

*Escala de desesperanza de Beck*

La escala de desesperanza de Beck241 es un instrumento diseñado para me-dir el grado de desesperanza, como un esquema cognitivo de expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. Ha sido utilizado como indicador indirecto de los intentos de suicidio en adolescentes y ha resultado ser un instrumento válido, con alta consistencia interna y estabilidad tempo-ral. Esta escala es de autoaplicación, consta de 20 preguntas de verdadero o falso y ha sido adaptada y validada en castellano242.

*Escala de Intencionalidad Suicida*

Beck diseñó la *Suicidal Intent Scale (SIS*) en 1974 como escala para medir la intencionalidad suicida, pero no ha sido muy estudiada para niños y ado-lescentes. En España esta escala ha sido aplicada a jóvenes de entre 15 y 24 años tras una tentativa de suicidio. En este estudio se observó que los ado-lescentes con un trastorno afectivo con ánimo deprimido en el momento de realizar el intento de suicidio mostraron una intencionalidad suicida mayor que aquellos con otro tipo de trastorno243.

Existe otra escala diseñada por el mismo grupo en 1979 para medir ideación suicida, la *Scale for Suicide Ideation* (SSI)244, pero existe evidencia limitada de su uso en adolescentes222.

110 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

*Inventario de Depresión de Beck*

También podría resultar útil el Inventario de Depresión de Beck (BDI) por abordar la sintomatología depresiva, ya que es un instrumento que ha de-mostrado ser fiable y válido para su utilización tanto en clínica como en investigación. El BDI es una escala de autoaplicación que se utiliza habi-tualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems y la versión abreviada de 13 ítems245 y posteriormente se publicaron dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996246. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975247. Este cuestionario a pesar de contar con un solo ítem (ítem 9) que mide la presencia de ideación y conducta suicida, en un ECA de psicoterapia fue el mejor predictor clínico de aparición de pensamientos o actos suicidas durante el ensayo248.

9.6.3. Criterios de hospitalización

Los niños y adolescentes con ideación suicida aguda o que han llevado a cabo un intento de suicidio son frecuentemente evaluados y tratados en un primer momento en el servicio de urgencias222.

Para determinar cuándo es necesaria la hospitalización es importante realizar una evaluación del paciente en su contexto y los sistemas de apoyo disponibles. Se considera que la hospitalización es necesaria cuando el pa-ciente presenta varios factores de riesgo y cuando el apoyo en la comunidad es limitado238.

Algunos de estos factores que podrían orientar acerca de la necesidad de hospitalización en jóvenes con conducta suicida son231, 238:

– Agitación, manía o agresividad.

– Intoxicación.

– Difícil manejo ambulatorio.

– Trastorno psicótico agudo o ideación delirante.

– Depresión psicótica.

– Trastorno bipolar con irritabilidad e impulsividad.

– Consideraciones médico-legales.

– Historia familiar de suicidio.

– Sexo masculino (por presentar más riesgo).

– Historia de intentos de suicidio previos.

– Abuso de tóxicos.

– Dificultades familiares (supervisión o cuidados inadecuados).

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 111

9.6.4. Seguimiento ambulatorio del paciente

Antes de dar el alta al paciente, es conveniente realizar una evaluación de la gravedad de la ideación y/o el intento de suicidio e informar a la familia acerca del posible efecto desinhibidor de las drogas y el alcohol, que debe-rán tener especial precaución con las sustancias tóxicas (acceso a la medica-ción) o armas de fuego al alcance del niño o adolescente. Se recomendará que siempre haya en casa una persona (acompañamiento) y se explicará la importancia de realizar un seguimiento del paciente222.

Una vez que el paciente es dado de alta en el servicio de urgencias, es importante realizar un seguimiento por parte de los profesionales de aten-ción primaria y por un profesional de salud mental infantojuvenil en el plazo de 7 a 10 días238. Además, debido a que el estado de salud mental e ideación suicida pueden fluctuar considerablemente en cortos períodos de tiempo, es recomendable que se reevalúe regularmente, sobre todo si sus circunstan-cias cambian.

9.6.5. Psicoterapia

Las terapias más empleadas en este ámbito son la terapia cognitivo-con-ductual y sus variantes, como la terapia dialéctico-conductual (TDC). Otras terapias como la interpersonal, la terapia familiar y grupal, también se utili-zan, pero existen menos estudios que hayan analizado su eficacia. La TDC es una variante de la TCC que fue diseñada para intervenciones en trastornos de la personalidad pero que ha sido adaptada para poder ser utilizada con adolescentes con ideación o conducta suicida238.

En una reciente revisión sistemática217, se analizaron estudios que em-plearon TCC o tratamientos compuestos por métodos cognitivo-conductua-les para reducir o prevenir la conducta suicida. La TCC parece efectiva con población adulta, pero no con adolescentes; la conclusión que se ofrece en el estudio es que la conducta suicida cuando la muestra es principalmente adolescente es más difícil de tratar. Los autores señalan que es necesario tener en cuenta la escasez de los estudios incluidos con adolescentes y la heterogeneidad de los estudios incluidos.

En otra revisión sistemática249 se incluyeron estudios sobre interven-ciones psicosociales tras una autolesión y su impacto sobre el suicidio. Las terapias empleadas en la intervención psicosocial fueron TCC, TDC y TIP. La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión emplean básicamente intervenciones grupales. Se encontraron diferencias estadísticamente signi-ficativas en la reducción de autolesiones repetidas, pero esto no necesaria-mente se traduce en una disminución del suicidio.

112 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

En 2008 se ha publicado un ECA250 realizado en adolescentes y adultos jóvenes con antecedentes de conducta autolesiva reciente. El grupo de inter-vención recibió una intervención breve basada en una TCC especialmente para prevención de autolesiones, asociada al tratamiento habitual. El grupo control recibió únicamente tratamiento habitual, consistente en farmacote-rapia, psicoterapia diferente de la TCC y hospitalización si fuese necesaria. No se registró el tipo específico de psicoterapia o el psicofármaco emplea-do en el grupo control. La medida de resultado primaria fue el número de autolesiones en los últimos tres meses, y se observó que la TCC empleada adicionalmente a los cuidados habituales fue más eficaz en la reducción de autolesiones e ideación suicida.

La efectividad de la TIP, aunque también de otras psicoterapias, de-pende de la capacidad del niño o adolescente para establecer una alianza terapéutica222, 249, puesto que de ella depende que el paciente informe de manera exhaustiva acerca de su ideación suicida.

En cuanto a la terapia de apoyo y a la terapia familiar sistémica, existe evidencia de que en comparación con la TCC, la terapia que obtuvo peores resultados fue la terapia de apoyo, por lo que no debería utilizarse como único tratamiento en adolescentes con depresión e ideación suicida238.

9.6.6. Tratamiento farmacológico

Los estudios farmacológicos en este ámbito se han centrado en el tratamien-to de la depresión adolescente.

Normalmente los ECA de fármacos realizados en niños y adolescentes no consideran el suicidio como una variable de resultado. Lo más habitual es que se valore la conducta suicida de forma retrospectiva, una vez que se ha producido. Este hecho, en ocasiones, dificulta la asociación entre las varia-bles que podrían estar directamente relacionadas con la ideación o conducta suicidas251.

Desde que en la década de los noventa se empezó a relacionar la idea-ción y conducta suicidas con la utilización de antidepresivos de nueva gene-ración, se ha suscitado una polémica sobre este posible efecto. En España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) adopta las conclusiones de la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) e informa del balance beneficio/riesgo favorable para el uso de fluoxetina en la depresión infanto-juvenil252.

Para la AEMPS, el uso de la fluoxetina en la depresión mayor del niño o adolescente deberá plantearse bajo las siguientes condiciones252:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 113

– En depresión moderada a grave.

– En adolescentes y niños de 8 años o más.

– Si la depresión no responde a terapia psicológica después de 4-6 sesiones.

– En combinación con terapia psicológica.

– A una dosis inicial de 10 mg/día, la cual puede incrementarse a 20 mg/día tras 1-2 semanas de tratamiento.

– Vigilando el comportamiento suicida estrechamente, especialmente durante el inicio del tratamiento.

– Considerando que si no se obtiene beneficio clínico al cabo de 9 semanas se debe reevaluar el tratamiento.

Asimismo, las autoridades establecen que el laboratorio titular de la autorización de comercialización deberá llevar a cabo estudios adicionales para garantizar que la seguridad de la fluoxetina en este grupo de población se mantiene aceptable.

Los estudios realizados hasta ahora no permiten extraer conclusiones definitivas acerca del uso de otros ISRS y de otros antidepresivos en la po-blación infantil y adolescente. Es necesario interpretar con cautela los resul-tados publicados y considerar el efecto del sesgo de publicación respecto al material no publicado253.

El litio y la clozapina son eficaces en adultos para la reducción de con-ducta suicida en trastorno bipolar y esquizofrenia respectivamente, pero en niños y adolescentes no han sido estudiados238. Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminooxidasa y la venlafaxina no han demostra-do ser eficaces en niños y adolescentes251.

El riesgo de suicidio debe ser vigilado y valorado en todos los casos, pero sobre todo en las primeras semanas después del inicio del tratamiento con el antidepresivo, debido al efecto desinhibidor de la conducta, sin que se haya producido aún la mejoría del estado de ánimo. Para conocer la influencia de los antidepresivos sobre fenómenos como el suicidio (de aparición rara), de-berían realizarse estudios específicos y con metodología adecuada253.

9.6.7. Otros tratamientos

La terapia electroconvulsiva no se utiliza con frecuencia en niños y adoles-centes, debido a su naturaleza invasiva. Sin embargo, en casos de depresión grave donde la conducta suicida es persistente y se necesita rapidez en la eficacia, la TEC ha sido utilizada con buenos resultados238.

114 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

9.7. Prevención del suicidio

Actualmente, la prevención del suicidio en Europa es una prioridad y así ha quedado patente en una asamblea del Consejo de Europa que se ha celebra-do recientemente. En esta asamblea se han establecido unas directrices para los estados miembros, con la finalidad de facilitar la detección de adolescen-tes con alto riesgo y orientar la prevención. Entre otras cosas, se propone un acercamiento multidisciplinar, donde el sistema sanitario debe interactuar con otros ámbitos como el educativo, los medios de comunicación o el siste-ma jurídico. También se plantea la necesidad de promover la investigación científica y formar a los profesionales de la salud en la identificación de ado-lescentes de alto riesgo. Algunos ejemplos de estrategias de prevención del suicidio que proponen son la *Alliance Against Depression* en Alemania; en Finlandia y Canadá se está incluyendo en los programas de prevención un método que denominan autopsia psicológica para objetivar los factores que subyacen a la conducta suicida223.

9.7.1. Intervenciones en el ámbito escolar

El objetivo central de los programas de prevención del suicidio en este ám-bito, es optimizar el funcionamiento de los estudiantes y mejorar su calidad de vida238. En respuesta al problema del aumento de las tasas de suicidio en adolescentes en EE.UU. se han llevado a cabo en los últimos 20 años diferentes programas de prevención, sobre todo en el ámbito escolar. Sin embargo, pocos programas han sido evaluados científicamente y algunos de ellos han mostrado tener un impacto limitado254.

*Programas de prevención basados en el currículo*

Pueden ser programas de prevención universal o programas de prevención indicados.

Los programas universales se integran en el currículo, pero existen po-cos estudios publicados sobre su eficacia. Un ejemplo de este tipo de progra-mas es el SOS (*Signs of Suicide*), que ha obtenido una reducción de intentos de suicidio informados en un ECA. Este programa se basa en aumentar el conocimiento de los adolescentes sobre el suicidio y en realizar un cribado de depresión y otros factores de riesgo como el consumo de alcohol254.

Los indicados, se orientan solo a alumnos de alto riesgo (para ello ha-bría que identificarlos antes) y se integran de forma regular en el currículo. Existen ejemplos como el *Personal Growth Class* (PGC) que ha sido lleva-do a cabo en EE.UU. con buenos resultados, aunque los propios autores

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 115

apuntan la necesidad de más estudios para saber si este tipo de programas debería introducirse en las escuelas237.

*Programas basados en entrenamiento de habilidades*

En el ámbito escolar han obtenido buenos resultados. Existe alguna eviden-cia de que estos programas podrían reducir la conducta suicida y mejorar las actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento. Las intervenciones que combinan el entrenamiento de habilidades con educación sobre el suicidio han mostrado ser más eficaces, aunque el efecto específico sobre la conducta suicida es difícil de cuantificar238.

A pesar de que existe mucha variabilidad entre los diferentes progra-mas estudiados216, un elemento común en los programas que se han imple-mentado de forma exitosa es su naturaleza holística o global (se centran en aspectos físicos, psíquicos, sociales y emocionales). También se han señalado otros aspectos importantes, como entrenamiento de los profesionales que lleven a cabo la intervención, apoyo adecuado, tiempo y recursos238.

*Cribado*

El cribado sobre depresión, ideación suicida y conducta suicida previa es un buen método para reconocer adolescentes de alto riesgo, con un buen coste/ efectividad. Uno de los problemas que plantea la realización de este cribado son los falsos positivos, que requerirían una segunda evaluación para reco-nocer el riesgo real.

Para algunos autores, el cribado en el ámbito escolar sería la mejor for-ma de prevención. En ocasiones se ha encontrado cierto rechazo por parte del personal en las escuelas, puesto que el cribado suele percibirse como una técnica más invasiva que otros programas de prevención, como los incluidos en el currículo238. Algunas aproximaciones a este tema recomiendan realizar este cribado en centros educativos a adolescentes de entre 15-19 años (en EE.UU. las tasas se incrementaron un 27% en este grupo de edad), por ser el grupo de edad de mayor riesgo, y se debe indagar también sobre el consumo de sustancias o alcohol222.

*Intervenciones tras un suicidio (postvention)*

Están encaminadas a reducir el sentimiento de culpa y a reducir la mor-bilidad y mortalidad en sus allegados. A pesar de que no existen muchos estudios sobre la efectividad de este tipo de programas, la mayoría de los ex-pertos están de acuerdo en que es necesaria la intervención tras un suicidio para proporcionar apoyo y orientar a los allegados de la víctima233.

116 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Estas intervenciones también pueden llevarse a cabo tras un intento de suicidio serio, puesto que también puede tener consecuencias en otros estudiantes255. Suelen ir dirigidas a amigos, profesores y familiares, y se de-sarrollan con la finalidad de minimizar los casos de suicidio o intentos por aprendizaje vicario238.

Estos programas son muy importantes, debido a que el hecho de te-ner un familiar, compañero o amigo que se haya suicidado incrementa la probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno por ansiedad, ideación suicida y trastorno por estrés postraumático en el período de 6 meses tras el suicidio222. Normalmente son de corte psicoeducativo y están basados en el *counseling*216, 222. Pueden realizarse sesiones individuales, con otros adoles-centes o incluir a los padres.

Sobre la duración de la intervención, se sabe que es importante que co-mience de forma inmediata y se realice un seguimiento a largo plazo (algu-nos autores han encontrado que, tras tres años desde el suceso, es frecuente que algunos adolescentes presenten depresión mayor y trastorno por estrés postraumático)222.

9.7.2. Diagnóstico precoz

Actualmente está ampliamente reconocido que la identificación oportuna del riesgo suicida puede y debe ser una de las medidas más importantes para su prevención.

El profesional de atención primaria debe indagar sobre factores con-textuales, individuales y acontecimientos vitales estresantes que puedan su-poner un distrés psicológico233. Para ello es muy importante la formación de todos los clínicos que trabajan con niños y adolescentes, no solo a los de salud mental, sobre cómo reconocer y referir a un paciente que presente riesgo de conducta suicida, puesto que este diagnóstico precoz tiene un gran impacto sobre el suicidio222.

Sin embargo, es frecuente que el riesgo suicida no se detecte, en espe-cial en población infantil y adolescente240. Existe el problema de que muchos profesionales de primaria perciben que no están lo suficientemente forma-dos en el reconocimiento y tratamiento de niños o adolescentes con con-ducta suicida (en Canadá un 84% de los médicos de primaria reconocieron pensar que necesitarían un entrenamiento adicional)238.

Un estudio realizado en Suecia puso de manifiesto que el entrenamiento de profesionales de atención primaria en la identificación de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, se relaciona con una disminución

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 117

del número de intentos y de suicidios, un incremento de la prescripción de antidepresivos, así como del número de hospitalizaciones222.

La OMS publicó en el programa SUPRE *(Suicide Prevention)* algu-nas recomendaciones para los profesionales de atención primaria sobre cómo indagar sobre los diferentes aspectos de la ideación y conducta sui-cida (tabla 25)256. A pesar de que estas recomendaciones no son específicas para niños y adolescentes, pueden orientar acerca de cómo obtener informa-ción cuando el profesional de primaria sospecha la posibilidad de conducta suicida.

En líneas generales, para obtener esta información se deben obtener datos acerca de ideación suicida, planes suicidas y apoyo con el que cuenta el niño o adolescente. Es importante preguntar a la propia persona acerca de sus sentimientos e intenciones suicidas, porque en contra de lo que se suele pensar, preguntar acerca del suicidio no supone inducirlo.

**Tabla 25. Recomendaciones de la OMS sobre cómo, cuándo y qué preguntar**

CÓMO PREGUNTAR:

No es fácil preguntar sobre ideación suicida, se recomienda hacerlo de forma gradual.

Algunas preguntas que pueden resultar útiles son:

* ¿Te sientes triste?
* ¿Sientes que no le importas a nadie?
* ¿Sientes que no merece la pena vivir?
* ¿Piensas en el suicidio?

CÚANDO PREGUNTAR:

* Cuando la persona tiene sentimiento de empatía con el profesional.
* Cuando la persona se siente cómoda al hablar de sus sentimientos.
* En el momento que la persona hable acerca de sentimientos de desesperanza o tristeza.

QUÉ PREGUNTAR:

* Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿alguna vez has realizado planes para acabar con tu vida?; ¿tienes alguna idea de cómo lo harías?
* Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿tienes pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
* Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿has decidido cuándo vas a llevar a cabo tu plan de acabar con tu vida?, ¿cuándo lo vas a hacer?

Fuente: OMS256

9.7.3. Prevención en pacientes con trastornos mentales

La intervención en niños o adolescentes con patologías mentales puede dis-minuir el riesgo de conducta suicida. Para ello sería necesario realizar un diagnóstico que determinase las estrategias de intervención adecuadas, te-ner especial atención con los trastornos comórbidos, necesidad de revisar de forma regular la sintomatología depresiva, ideación suicida y presencia de

118 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

algún acontecimiento vital estresante, puesto que el riesgo de suicidio puede variar durante el tratamiento238.

Algunos autores recomiendan durante cualquier intervención, un se-guimiento periódico de la ideación suicida y la desesperanza de cara a pre-venir el riesgo suicida244.

9.7.4. Otras estrategias de prevención: medios de comunicación

Existe evidencia de que algunas formas de cobertura periodística y televi-siva del suicidio están asociadas a un aumento de las tasas de suicidio esta-dísticamente significativo; este impacto parece ser mayor entre los niños y adolescentes. Tratar este tema en los medios de una forma correcta puede ayudar a prevenir la imitación del comportamiento suicida, mientras que una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir y a promo-ver pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes257.

En esta línea, se han desarrollado guías dirigidas a los medios de comu-nicación que intentan prevenir el contagio (*copycat suicide* o *suicide conta-gion*). Así, por ejemplo, la OMS elaboró un documento de estas característi-cas para el programa SUPRE (tabla 26)257 y el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda publicó otro de características similares258.

Para la OMS, los medios de comunicación pueden jugar un papel pro-activo en la prevención del suicidio publicando las noticias de manera ade-cuada y ofreciendo la siguiente información257:

– Lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponibles con números telefónicos y direcciones actualizados.

– Ofrecer información sobre las señales de advertencia del comporta-miento suicida.

– Transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, y que la depresión es una condición tratable.

– Ofrecer un mensaje de solidaridad a los allegados, proporcionando nú-meros de teléfono de los grupos de apoyo disponibles. Esto aumenta la probabilidad de que profesionales en salud mental, amigos y familiares intervengan en los programas de prevención destinados a este fin.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 119

**Tabla 26. Qué hacer y qué evitar al informar sobre suicidio**

QUÉ HACER:

* Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos.
* Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso.
* Presentar solo datos relevantes en las páginas interiores.
* Resaltar las alternativas al suicidio.
* Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.
* Publicar factores de riesgo y señales de alarma.

QUÉ EVITAR:

* No publicar fotografías o notas suicidas.
* No informar de detalles específicos del método utilizado.
* No aportar razones simplistas.
* No glorificar ni sensacionalizar el suicidio.
* No emplear estereotipos religiosos o culturales.
* No culpabilizar.

Fuente: OMS257

La influencia de Internet sobre la conducta suicida es menos conocida que la de otros medios de comunicación. En un estudio reciente259 se ha puesto de manifiesto cómo la información sobre métodos de suicidio y los chats pueden incidir sobre la conducta suicida, especialmente en gente joven con enfermedad mental. Las estrategias más importantes en este sentido pasan por la regulación de los servicios proveedores de Internet y el uso de filtros de software por parte de los padres. Algunos países ya realizan un control de este tipo de contenido, y, así, en Reino Unido la organización *Internet Watch Foundation*260 es un ejemplo de control ejercido sobre Internet. En Japón yCorea se ejerce un control activo por parte de los servicios proveedores, y en Australia se ha legislado el tema en el año 2006259. Por su parte, el Consejo de Europa recomienda que se controle el contenido que pueda promover el suicidio, ya que, aunque en ocasiones este tipo de información pueda no ser ilegal, es obligación de los estados miembros la protección del niño y adoles-cente según la Convención Europea de Derechos Humanos223.

120 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Resumen de la evidencia**

* El suicidio entre los jóvenes de 15 a 24 años es una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad (36).

2++ Los factores de riesgo que más se han asociado a la conducta e ideación suicida son:

* Depresión mayor (216).
* Factores psicológicos (216).
* Presencia de trastornos comórbidos psiquiátricos (216).
* Factores genéticos y biológicos (216).
* Antecedentes psiquiátricos (incluyendo suicidio) en los progenitores (216).
* Acontecimientos vitales estresantes (216).
* Factores sociales y nivel educativo (216).

|  |  |
| --- | --- |
| 2+ | - Sexo masculino (225). |
|  | - Intento previo de suicidio (225). |
|  | - Factores relacionados con la edad (225). |
|  | - Maltrato físico o abuso sexual (225). |
|  | - Desestructuración y disfunción familiar (225). |
|  |  |

* - Dificultades con el grupo iguales y rupturas sentimentales (219). - Acoso por parte de iguales *(bullying)* (219)*.*

2++ Algunos factores protectores que se han propuesto son:

* Cohesión familiar alta y buena relación con el grupo de iguales (216).
* Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento (216).
* Actitudes y valores positivos(216).

2+

* Inteligencia, autoestima y apoyo social elevados (233).
* Creencias religiosas (217, 228).
* Sexo femenino (217, 228).
* Habilidad de estructurar razones para vivir (217, 228).
* - Nivel educativo medio-alto (217, 219).

2++ Algunos factores que pueden actuar como factores precipitantes de la conducta suicida son:

- Acontecimientos vitales estresantes (216).

* - Conflictos familiares (219).
  + Problemas con el grupo de iguales (219).
  + Dificultades escolares (219).
* - Tener problemas graves con los padres (239). - Factores psicológicos/personales (239).

2++ La exposición a casos de suicidios cercanos o a determinado tipo de información en los medios de comunicación, se ha asociado al suicidio (216).

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 121

* Una vez que el niño o adolescente ha contactado con el sistema sanitario, bien a través de un servicio de urgencias o de la propia atención primaria, es necesario realizar una valoración psiquiátrica y psicosocial in situ, que recoja la gravedad médica del intento de suicidio, el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza (238).
* Es importante evaluar otros factores subyacentes que pueden indicar un mayor riesgo, para lo que será necesario obtener información de los padres u otras personas que conozcan al niño o adolescente (238).
* Existen diferentes instrumentos psicométricos que pueden ayudar a valorar el riesgo suicida, como el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (RSQ) (240), la Escala de Desesperanza de Beck (EDB) (241) o el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (247), si bien no pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo (219).
* Es importante realizar un seguimiento periódico de los niños y adolescentes con conducta suicida por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental (238).

2++ Existe evidencia limitada de la eficacia de psicoterapias específicas como tratamiento de la ideación y conducta suicida en la adolescencia, aunque las que mejores resultados han obtenido son las que incluyen técnicas cognitivo-conductuales (217, 250).

* Los estudios farmacológicos que se centran en el tratamiento de la depresión adolescente no consideran el suicidio como una variable de resultado y lo valoran de forma retrospectiva. Este hecho dificulta la asociación de variables relacionadas con el suicidio (29).
* La terapia electroconvulsiva (TEC) no se utiliza con frecuencia en niños y adolescentes. Sin embargo, en casos de depresión grave donde la conducta suicida es persistente y se necesita rapidez en la eficacia, la TEC ha sido utilizada con buenos resultados (238).
* La prevención del suicidio es una prioridad, y se ha establecido una serie de directrices a nivel europeo con la finalidad de facilitar la detección de adolescentes con alto riesgo y orientar la prevención (222).

1+ Los principales métodos de prevención son:

- Intervenciones en el ámbito escolar (254).

3

* Diagnóstico precoz (238).
* Prevención en pacientes con trastornos mentales (238).
* - Adecuado tratamiento de la información sobre suicidio por parte de los medios de comunicación (257, 258).
* Las intervenciones tras un suicidio son muy importantes, ya que tener un allegado que se haya suicidado incrementa la probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno por ansiedad, ideación suicida y trastorno por estrés postraumático (222).
* Algunas formas de cobertura periodística y televisiva se asocian a un aumento de las tasas de suicidio (257, 258).

3

La influencia de Internet es menos conocida, pero algunos sitios web con información que promueve el suicidio podrían favorecerlo, sobre todo en adolescentes (259).

122 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Recomendaciones**

Los profesionales de atención primaria deberían tener una adecuada formación

* sobre los principales factores de riesgo de conducta e ideación suicida en niños y adolescentes y de la evaluación de su perfil de riesgo.

En pacientes con depresión y/o perfil de riesgo de suicidio se debería preguntar

* siempre sobre ideas o planes de suicidio, y recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, la planificación y la intencionalidad.

Tras un intento de suicidio en un niño o adolescente se debería realizar siempre una

* inmediata valoración psiquiátrica y psicosocial, de ser posible, por un profesional especialista en estas edades.

Se darán pautas a los padres o cuidadores, sobre el acompañamiento y el control del

* acceso directo a la medicación por parte de los niños y adolescentes.

En la historia clínica se debería recoger la gravedad médica del intento de suicidio,

* el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza.
* La información provendrá del propio paciente, y se recomienda utilizar, de ser posible, múltiples fuentes, como los padres o cuidadores, profesores y amigos.

Si bien los diferentes instrumentos psicométricos existentes, como el Cuestionario de

* Riesgo de Suicidio, la Escala de Desesperanza de Beck o el Inventario de Depresión de Beck, pueden ayudar a valorar el riesgo suicida, no pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo.

Se recomienda la hospitalización de todos aquellos niños o adolescentes con un

* intento de suicidio que presenten varios factores de riesgo y un limitado apoyo familiar y de la comunidad.

Tras un intento de suicidio, y si no se ha considerado la hospitalización, se debería

* realizar una reevaluación en el plazo de 7 a 10 días. Posteriormente se realizará un seguimiento periódico por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental infanto-juvenil.

La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes debería considerarse una

* prioridad, y establecerse fundamentalmente medidas que permitan un diagnóstico precoz del riesgo suicida.

Deberían establecerse medidas encaminadas a consensuar la cobertura del suicidio

* por parte de los medios de comunicación y el contenido de las páginas web de Internet.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 123

10. Aspectos legales en España

10.1. Consentimiento informado y Ley 41/02

La Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de De-rechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacien-tes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

¿Qué dice la Ley 41/2002 sobre el derecho de información?

En el art. 2 se recogen los principios básicos entre los cuales se encuentran el del consentimiento, que todo paciente o usuario tiene que otorgar previa-mente a toda actuación en el ámbito de la sanidad, y el de haber sido infor-mado adecuadamente, y por escrito, en los supuestos previstos en la ley. Hay que destacar que los pacientes tienen derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles y a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Tanto la información proporcionada como el consentimiento serán, por norma general, verbales, y se prestarán por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

La prestación del consentimiento informado es un derecho del pacien-te y una obligación del facultativo.

El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consenti-miento por escrito, la información básica siguiente:

• Las consecuencias relevantes o de importancia de la intervención.

• Los riesgos específicos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

• Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

• Las contraindicaciones de la actuación o intervención.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 125

Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibili-dad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un procedimiento docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

En el anexo 6 figuran dos modelos de consentimiento informado.

¿Quién tiene derecho a la información asistencial?

El titular del derecho a la información es el paciente, que será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su represen-tante legal.

Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psí-quico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se en-tenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profe-sionalmente sin informar antes al paciente, cuando, por razones objetivas, el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las cir-cunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

¿Cuándo se otorgará el consentimiento informado por representa-ción o sustitución?

• Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

• Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectualmente ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

• Si las decisiones del representante legal fuesen contrarias a los intereses del menor, se deberán poner los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil.

126 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

• Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

¿Cuáles son los límites del consentimiento informado?

• La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

• Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indis-pensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

• Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

• Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

¿Quién da el consentimiento en el caso de padres separados?

En el capítulo primero del Título VII de las relaciones paterno-filiales del

Código Civil, se recoge el artículo 156. En este artículo se dice:

“La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circuns-tancias, o en situaciones de urgente necesidad.” El párrafo segundo dice: “en caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrán acudir al Juez quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si fuera mayor de 12 años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 127

al padre o a la madre…” El último párrafo: “si los padres viven separados la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio”.

Decisiones en caso de padres separados:

• Decisiones ordinarias que haya que tomar en relación con el menor, será el progenitor que tenga la guarda y custodia quien las tome.

• Decisiones extraordinarias, como pueden ser en relación con la salud del menor, la decisión la tomarán conjuntamente. En caso de desacuerdo, el progenitor que tenga la guarda y custodia del menor, acudirá al juez. En este caso es recomendable que se aporte un informe médico donde se haga constar la necesidad de la aplicación de determinado/s tratamiento/s lo que podrá ayudar a la autoridad judicial a decidir sobre la cuestión.

10.2. Internamiento psiquiátrico de menores

El artículo 211 de la LO 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuicia-miento Civil, contenía lo relativo “al internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no estuviese en condiciones de decidirlo por sí”. Este artículo ha sido derogado, y los preceptos relativos al procedimien-to de internamiento están contenidos en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil y recogidos en el art. 763. Este artículo es aplicable también a los casos de internamiento, por razones de trastorno psíquico, de menores; pero, en este caso, el art. 763.2 dice que el internamiento se reali-zará en establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

El internamiento requiere autorización judicial, que será previa a este, salvo que razones de urgencia lo hicieran necesario antes de la autorización, en cuyo caso el responsable del centro, dentro de un plazo de 24 horas, dará cuenta al juzgado competente que tendrá que ratificar la medida en el plazo de 72 horas desde que el internamiento llegue a su conocimiento.

128 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

¿Quién puede pedir un ingreso involuntario?

Sobre quién puede pedir un ingreso involuntario, nada prescribe la ley, y es que cualquier persona puede poner en conocimiento del ministerio fiscal o del juez la existencia de un individuo que por riesgo hacia sí mismo o hacia terce-ros, precise esta medida. La ley, no obstante, establece dos tipos de grupos de personas obligadas a pedir el ingreso involuntario: los tutores respecto de sus pupilos y los padres respecto de sus hijos sometidos a patria potestad.

Con la solicitud de ingreso involuntario se presenta la documentación médica más reciente de la que se disponga. No es necesario que el médico informante sea especialista en psiquiatría, pero tiene que manifestar la ne-cesidad de la medida.

**Resumen de aspectos legales**

Se entiende por consentimiento informado, la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud.

Se deberá obtener el consentimiento informado por representación en los menores de edad, aunque teniendo en cuenta su opinión si tiene 12 o más años.

En los adolescentes con 16 años cumplidos no será necesario prestar el consentimiento informado por representación, si bien en situaciones graves, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisiones.

No será necesario obtener el consentimiento informado:

– Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley.

– Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización.

El titular del derecho a la información es el paciente y será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión.

Cuando el paciente carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, esta se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica.

El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial.

Esta será previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciese necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso dentro del plazo de 24 horas.

El internamiento de menores se realizará en todo caso, en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 129

Decisiones en caso de padres separados:

• Decisiones ordinarias: progenitor que tenga la guarda y custodia.

• Decisiones extraordinarias, como pueden ser en relación con la salud del menor, la decisión la tomarán conjuntamente.

En caso de desacuerdo, el progenitor que tenga la guarda y custodia del menor, acudirá al juez. En este caso es recomendable que se aporte informe médico donde se haga constar la necesidad de la aplicación de determinado/s tratamiento/s lo que podrá ayudar a la autoridad judicial a decidir sobre la cuestión.

130 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

11. Indicadores de calidad

**Preguntas para responder:**

• ¿Qué indicadores permiten monitorizar la calidad en el manejo de la depresión en niños y adolescentes?

Tras la elaboración de una GPC, es importante conocer si se alcanzan los objetivos esperados con el cumplimiento de sus recomendaciones. Para ello se han diseñado una serie de indicadores de aparente validez, fiabilidad y factibilidad, con la finalidad de evaluar tanto la atención sanitaria que se presta al paciente con depresión como el posible impacto de la implemen-tación de la guía.

A continuación se relacionan y describen los indicadores propuestos, que son medidas cuantitativas que pueden usarse como guía y que, obteni-dos con cierta periodicidad, permitirán a los clínicos y gestores, analizar su evolución a lo largo del tiempo.

**Indicadores propuestos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área | Enfoque de la evaluación | Nombre del indicador |
|  |  |  |
| Diagnóstico | Proceso | Confirmación diagnóstica de la depresión mayor |
|  |  |  |
| Tratamiento | Proceso | Tratamiento psicoterapéutico en la depresión |
|  |  | mayor leve |
|  |  |  |
| Tratamiento | Proceso | Tratamiento farmacológico en la depresión mayor |
|  |  | leve |
|  |  |  |
| Tratamiento | Proceso | Tratamiento inicial con ISRS en la depresión mayor |
|  |  | moderada o grave |
|  |  |  |
| Tratamiento | Proceso | Tratamiento inicial con psicoterapia en la |
|  |  | depresión mayor moderada |
|  |  |  |
| Tratamiento | Resultado | Mantenimiento del tratamiento farmacológico en la |
|  |  | DM moderada o grave |
|  |  |  |
| Tratamiento | Resultado | Vigilancia de la aparición de efectos adversos con |
|  |  | el tratamiento farmacológico |
|  |  |  |
| Diagnóstico | Proceso | Valoración especializada tras conducta suicida |
|  |  |  |
| Diagnóstico | Proceso | Valoración del riesgo de suicidio en atención |
|  |  | primaria |
|  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 131

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación | 1. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA DEPRESIÓN MAYOR | | | | | | |  |
| del indicador |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación | Antes de instaurar un tratamiento para la depresión mayor, el diagnóstico | | | | | | |  |
|  | deberá quedar establecido mediante entrevista clínica y no ser derivado | | | | | | |  |
|  | únicamente de cuestionarios o entrevistas semiestructuradas. En | | | | | | |  |
|  | ocasiones deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales | | | | | | |  |
|  | como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de | | | | | | |  |
|  | verbalización en estas edades. Este indicador permite monitorizar el grado | | | | | | |  |
|  | de tratamiento de episodios no confirmados de depresión mayor. | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula | Total de niños y adolescentes en tratamiento con confirmación | | | | | | |  |
|  | diagnóstica de depresión mayor realizada en atención | | | | | | |  |
|  | especializada en salud mental | | | | | | |  |
|  | ------------------------------------------------------------------------------ x 100 | | | | | | |  |
|  | Nº de niños y adolescentes en tratamiento por diagnóstico | | | | | | |  |
|  | de depresión mayor | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Niño: para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| de términos |  | 5 y 11 años de edad. | | | | | |  |
|  |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | | |  |
|  |  | Diagnóstico de depresión mayor: constancia escrita del diagnóstico | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | en la historia clínica del paciente de que éste padeció un episodio de | | | | | |  |
|  |  | trastorno depresivo mayor en el período de tiempo de referencia (casos | | | | | |  |
|  |  | prevalentes). | | | | | |  |
|  |  | Confirmación diagnóstica: realizada mediante diagnóstico clínico y | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | mediante criterios diagnósticos apropiados en un servicio especializado | | | | | |  |
|  |  | en salud mental. | | | | | |  |
|  |  | Pacientes en tratamiento: el paciente recibe cualquiera de los tratamientos | | | | | |  |
|  |  | debidamente validados. | | |  | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  | |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel | | | | | |  |
|  |  | y/o electrónico. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y período |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos | | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | pacientes diagnosticados en el período de referencia, generalmente | | | | | |  |
|  |  | menos de 12 meses. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años, los pacientes no | | | | | | |  |
|  | residentes en el área geográfica de estudio, aquellos que no reciben | | | | | | |  |
|  | tratamiento y los que, a pesar de tener antecedentes registrados de | | | | | | |  |
|  | diagnóstico de depresión mayor, no han tenido un episodio activo en el | | | | | | |  |
|  | período de estudio. | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador | Proceso. | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos | Historia clínica del paciente. | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

132 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación |  | 2. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN LA DEPRESIÓN MAYOR | | | | | |  |
| del indicador |  | LEVE | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  | Algunos tratamientos psicoterapéuticos han demostrado tener un papel | | | | | |  |
|  |  | relevante en el tratamiento de la depresión mayor leve, y se recomienda | | | | | |  |
|  |  | una terapia psicológica durante un período de 8 a 12 semanas. Este | | | | | |  |
|  |  | indicador permite monitorizar el grado de cobertura del tratamiento | | | | | |  |
|  |  | psicoterapéutico en la depresión mayor leve. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula |  | Nº de niños y adolescentes diagnosticados de depresión | | | | | |  |
|  |  | mayor leve que reciben tratamiento psicoterapéutico | | | | | |  |
|  |  | ----------------------------------------------------------------------------- x 100 | | | | | |  |
|  |  | Total de niños y adolescentes diagnosticados de depresión | | | | | |  |
|  |  | mayor leve registrado en su hª clínica | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Niño: para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre | | | | | |  |
| de términos |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 y 11 años de edad. | | | | | |  |
|  |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | | |  |
|  |  | Diagnóstico de depresión mayor registrado: constancia escrita en la | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | historia clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico nuevo de | | | | | |  |
|  |  | trastorno depresivo mayor leve en el período de tiempo de referencia. | | | | | |  |
|  |  | También se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes con | | | | | |  |
|  |  | antecedentes previos de depresión mayor. | | | | | |  |
|  |  | Pacientes tratados con psicoterapia: aquellos que reciben cualquiera | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | de los tratamientos debidamente validados, durante un período de 8 a | | | | | |  |
|  |  | 12 semanas. | | | | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel | | | | | |  |
|  |  | y/o electrónico. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y período |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos | | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | pacientes diagnosticados en el período de referencia, generalmente | | | | | |  |
|  |  | menos de 12 meses. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión |  | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años y los pacientes no | | | | | |  |
|  |  | residentes en el área geográfica de estudio. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador |  | Proceso. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos |  | Historia clínica del paciente. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 133

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación |  | 3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA DEPRESIÓN MAYOR | | | | | |  |
| del indicador |  | LEVE | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  | Se ha establecido que, con carácter general, no se deberían utilizar | | | | | |  |
|  |  | fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y | | | | | |  |
|  |  | adolescentes con depresión leve. Este indicador permite monitorizar el | | | | | |  |
|  |  | grado de cobertura del tratamiento farmacológico en la depresión mayor | | | | | |  |
|  |  | leve. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula |  | Nº de niños y adolescentes diagnosticados de depresión | | | | | |  |
|  |  | mayor leve que son tratados con fármacos antidepresivos | | | | | |  |
|  |  | en el tratamiento inicial | | | | | |  |
|  |  | ---------------------------------------------------------------------------- x 100 | | | | | |  |
|  |  | Total de niños y adolescentes diagnosticados de | | | | | |  |
|  |  | depresión mayor leve | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Niño: para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre | | | | | |  |
| de términos |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 y 11 años de edad. | | | | | |  |
|  |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | | |  |
|  |  | Diagnóstico de depresión mayor leve registrado: constancia escrita en | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | la historia clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico nuevo de | | | | | |  |
|  |  | trastorno depresivo mayor leve en el período de tiempo de referencia. | | | | | |  |
|  |  | También se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes con | | | | | |  |
|  |  | antecedentes previos de depresión mayor. | | | | | |  |
|  |  | Pacientes con tratamiento farmacológico: aquellos que reciben cualquiera | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | de los fármacos recomendados para el tratamiento de la depresión. | | | | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria en soporte papel y/o | | | | | |  |
|  |  | electrónico. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y período |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos | | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | pacientes diagnosticados en el periodo de referencia, generalmente | | | | | |  |
|  |  | menos de 12 meses. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión |  | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años y los pacientes no | | | | | |  |
|  |  | residentes en el área geográfica de estudio. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador |  | Proceso. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos |  | Historia clínica del paciente. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

134 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación |  | 4. TRATAMIENTO INICIAL CON ISRS EN LA DEPRESIÓN MAYOR | | | | |  |
| del indicador |  | MODERADA O GRAVE | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  | De los diferentes fármacos antidepresivos existentes, los ISRS han | | | | |  |
|  |  | mostrado ser los únicos eficaces en el tratamiento de la depresión mayor | | | | |  |
|  |  | en niños y adolescentes. Este indicador permite monitorizar el grado | | | | |  |
|  |  | de cobertura del tratamiento inicial con ISRS en la depresión mayor | | | | |  |
|  |  | moderada o grave. | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula |  | Nº de adolescentes diagnosticados de depresión | | | | |  |
|  |  | mayor moderada o grave que son tratados con fármacos | | | | |  |
|  |  | ISRS en primera intención | | | | |  |
|  |  | ------------------------------------------------------------------------------ x 100 | | | | |  |
|  |  | Total de adolescentes diagnosticados de depresión mayor | | | | |  |
|  |  | moderada o grave | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de | | | | |  |
| de términos |  |  |  |  |  |  |  |
|  | edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | |  |
|  |  | Diagnóstico de depresión mayor moderada o grave registrado: constancia | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | escrita en la historia clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico | | | | |  |
|  |  | nuevo de trastorno depresivo mayor leve en el periodo de tiempo de | | | | |  |
|  |  | referencia. También se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes | | | | |  |
|  |  | con antecedentes previos de depresión mayor. | | | | |  |
|  |  | Pacientes a tratamiento farmacológico con ISRS: aquellos que reciben | | | | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | cualquiera de los fármacos ISRS recomendados para el tratamiento de la | | | | |  |
|  |  | depresión. | | | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | |  |
|  |  |  | |  | | |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria en soporte papel y/o | | | | |  |
|  |  | electrónico. | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y período |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | pacientes diagnosticados en el período de referencia, generalmente | | | | |  |
|  |  | menos de 12 meses. | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión |  | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años y los pacientes no | | | | |  |
|  |  | residentes en el área geográfica de estudio. | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador |  | Proceso. | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos |  | Historia clínica del paciente. | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 135

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación |  | 5. TRATAMIENTO INICIAL CON PSICOTERAPIA EN LA DEPRESIÓN | | | | | |  |
| del indicador |  | MAYOR MODERADA | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  | Siempre que sea posible, se recomienda iniciar el tratamiento de la | | | | | |  |
|  |  | depresión moderada de niños y adolescentes mediante psicoterapia, al | | | | | |  |
|  |  | menos durante 8 a 12 semanas. La terapia cognitivo-conductual es la | | | | | |  |
|  |  | modalidad psicoterapéutica que ha demostrado mejores resultados. Este | | | | | |  |
|  |  | indicador permite monitorizar el grado de cobertura del tratamiento inicial | | | | | |  |
|  |  | con psicoterapia en la depresión mayor moderada. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula |  | Nº de niños y adolescentes diagnosticados de depresión | | | | | |  |
|  |  | mayor moderada que son tratados con psicoterapia en el | | | | | |  |
|  |  | tratamiento inicial | | | | | |  |
|  |  | ----------------------------------------------------------------------------- x 100 | | | | | |  |
|  |  | Total de niños y adolescentes diagnosticados de | | | | | |  |
|  |  | depresión mayor moderada | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Niño: para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre | | | | | |  |
| de términos |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 y 11 años de edad. | | | | | |  |
|  |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | | |  |
|  |  | Diagnóstico de depresión mayor moderada o grave registrado: constancia | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | escrita en la historia clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico | | | | | |  |
|  |  | nuevo de trastorno depresivo mayor leve en el período de tiempo de | | | | | |  |
|  |  | referencia. También se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes | | | | | |  |
|  |  | con antecedentes previos de depresión mayor. | | | | | |  |
|  |  | Pacientes tratados con psicoterapia: aquellos que reciben cualquiera de | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | los tratamientos debidamente validados. | | | | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria en soporte papel y/o | | | | | |  |
|  |  | electrónico. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y período |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos | | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | pacientes diagnosticados en el período de referencia, generalmente | | | | | |  |
|  |  | menos de 12 meses. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión |  | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años y los pacientes no | | | | | |  |
|  |  | residentes en el área geográfica de estudio. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador |  | Proceso. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos |  | Historia clínica del paciente. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

136 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación |  | 6. MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA | | | | | |  |
| del indicador |  | DEPRESIÓN MAYOR MODERADA O GRAVE | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  | En la depresión mayor, el tratamiento farmacológico con fluoxetina deberá | | | | | |  |
|  |  | continuarse al menos 6 meses desde la remisión del cuadro depresivo, | | | | | |  |
|  |  | con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión. Este | | | | | |  |
|  |  | indicador permite monitorizar el grado de mantenimiento del tratamiento | | | | | |  |
|  |  | farmacológico tras la remisión del cuadro depresivo en la depresión mayor | | | | | |  |
|  |  | moderada o grave. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula |  | Nº de adolescentes con depresión mayor moderada o | | | | | |  |
|  |  | grave que mantienen el tratamiento con ISRS durante | | | | | |  |
|  |  | al menos seis meses tras la remisión del cuadro depresivo. | | | | | |  |
|  |  | ----------------------------------------------------------------------------- x 100 | | | | | |  |
|  |  | Total de adolescentes diagnosticados de depresión | | | | | |  |
|  |  | mayor moderada o grave a tratamiento con ISRS | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de | | | | | |  |
| de términos |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | | |  |
|  |  | Diagnóstico de depresión mayor moderada o grave registrado: constancia | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | escrita en la historia clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico | | | | | |  |
|  |  | nuevo de trastorno depresivo mayor leve en el período de tiempo de | | | | | |  |
|  |  | referencia. También se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes | | | | | |  |
|  |  | con antecedentes previos de depresión mayor. | | | | | |  |
|  |  | Pacientes a tratamiento farmacológico con ISRS: aquellos que reciben | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  | cualquiera de los fármacos ISRS recomendados para el tratamiento de la | | | | | |  |
|  |  | depresión. | | | | | |  |
|  |  | Mantenimiento del tratamiento: se considerará que un paciente ha | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  | | |  |
|  |  | realizado el mantenimiento del tratamiento durante 6 meses, y que éste ha | | | | | |  |
|  |  | sido adecuado, si así consta en la historia clínica. | | | | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria en soporte papel y/o | | | | | |  |
|  |  | electrónico. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y periodo |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos | | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | pacientes diagnosticados en el período de referencia, generalmente | | | | | |  |
|  |  | menos de 12 meses. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión |  | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años y los pacientes no | | | | | |  |
|  |  | residentes en el área geográfica de estudio. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador |  | Resultado. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos |  | Historia clínica del paciente. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 137

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación |  | 7. VIGILANCIA DE LA APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS CON EL | | | | | |  |
| del indicador |  | TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  | Al principio del tratamiento farmacológico pueden presentarse efectos | | | | | |  |
|  |  | adversos, de los que la ideación o conducta suicida tienen especial | | | | | |  |
|  |  | significación. Este indicador permite monitorizar el grado de vigilancia | | | | | |  |
|  |  | de la aparición de efectos adversos en las primeras cuatro semanas de | | | | | |  |
|  |  | tratamiento con ISRS. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula |  | Nº de adolescentes con depresión mayor moderada o | | | | | |  |
|  |  | grave que inician tratamiento con ISRS, a los que se vigila la | | | | | |  |
|  |  | aparición de efectos adversos en las primeras cuatro semanas. | | | | | |  |
|  |  | ----------------------------------------------------------------------------- x 100 | | | | | |  |
|  |  | Total de adolescentes diagnosticados de depresión mayor | | | | | |  |
|  |  | moderada o grave que inician tratamiento con ISRS | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de eda- | | | | | |  |
| de términos |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | des comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | | |  |
|  |  | Diagnóstico de depresión registrado: constancia escrita en la historia | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico nuevo de trastorno | | | | | |  |
|  |  | depresivo mayor leve en el período de tiempo de referencia. También | | | | | |  |
|  |  | se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes con antecedentes | | | | | |  |
|  |  | previos de depresión mayor. | | | | | |  |
|  |  | Pacientes a tratamiento farmacológico con ISRS: aquellos que reciben | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
|  |  | cualquiera de los fármacos ISRS recomendados para el tratamiento de la | | | | | |  |
|  |  | depresión. | | | | | |  |
|  |  | Efecto adverso: todo trastorno indeseable o tóxico de carácter inespera- | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  | | |  |
|  |  | do, recogido en la historia clínica del paciente, y derivado del tratamiento | | | | | |  |
|  |  | farmacológico con ISRS y no del trastorno depresivo del paciente. Espe- | | | | | |  |
|  |  | cial mención requiere la ideación y la conducta suicida. | | | | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel | | | | | |  |
|  |  | y/o electrónico. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y período |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos pacien- | | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | tes diagnosticados en el período de referencia, generalmente menos de | | | | | |  |
|  |  | 12 meses. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión |  | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años y los pacientes no residen- | | | | | |  |
|  |  | tes en el área geográfica de estudio. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador |  | Resultado. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos |  | Historia Clínica del paciente. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

138 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación |  | 8. VALORACIÓN ESPECIALIZADA TRAS CONDUCTA SUICIDA | | | | | |  |
| del indicador |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  | Tras una conducta suicida, una vez que el niño o adolescente ha con- | | | | | |  |
|  |  | tactado con el sistema sanitario, es preciso realizar in situ una valoración | | | | | |  |
|  |  | psiquiátrica y psicosocial, evaluando aspectos como el método utilizado, | | | | | |  |
|  |  | la gravedad médica, el grado de planificación de la conducta suicida o | | | | | |  |
|  |  | la existencia o no de arrepentimiento posterior. Este indicador permite | | | | | |  |
|  |  | monitorizar el grado de valoración especializada (psiquiátrica y psicosocial) | | | | | |  |
|  |  | que tienen los niños y adolescentes que han presentado una conducta | | | | | |  |
|  |  | suicida. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula |  | Nº de niños y adolescentes atendidos tras una conducta | | | | | |  |
|  |  | suicida con inmediata y adecuada valoración psiquiátrica | | | | | |  |
|  |  | y psicosocial especializada. | | | | | |  |
|  |  | ------------------------------------------------------------------------------ x 100 | | | | | |  |
|  |  | Total de niños y adolescentes atendidos tras una | | | | | |  |
|  |  | conducta suicida | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Niño: para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre | | | | | |  |
| de términos |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 y 11 años de edad. | | | | | |  |
|  |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de eda- | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | des comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | | |  |
|  |  | Conducta suicida: espectro de conductas con fatal desenlace o no, que | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | incluyen la tentativa de suicidio y el suicidio. | | | | | |  |
|  |  | Valoración inmediata: aquella que se produce dentro de las primeras | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  |  |  |
|  |  | veinticuatro horas desde el inicio de la atención sanitaria, siempre que el | | | | | |  |
|  |  | estado del paciente lo permita. | | | | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria en soporte papel y/o | | | | | |  |
|  |  | electrónico. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y período |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos pacien- | | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | tes diagnosticados en el período de referencia, generalmente menos de | | | | | |  |
|  |  | 12 meses. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión |  | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años y los pacientes no residen- | | | | | |  |
|  |  | tes en el área geográfica de estudio. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador |  | Proceso. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos |  | Historia clínica del paciente. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 139

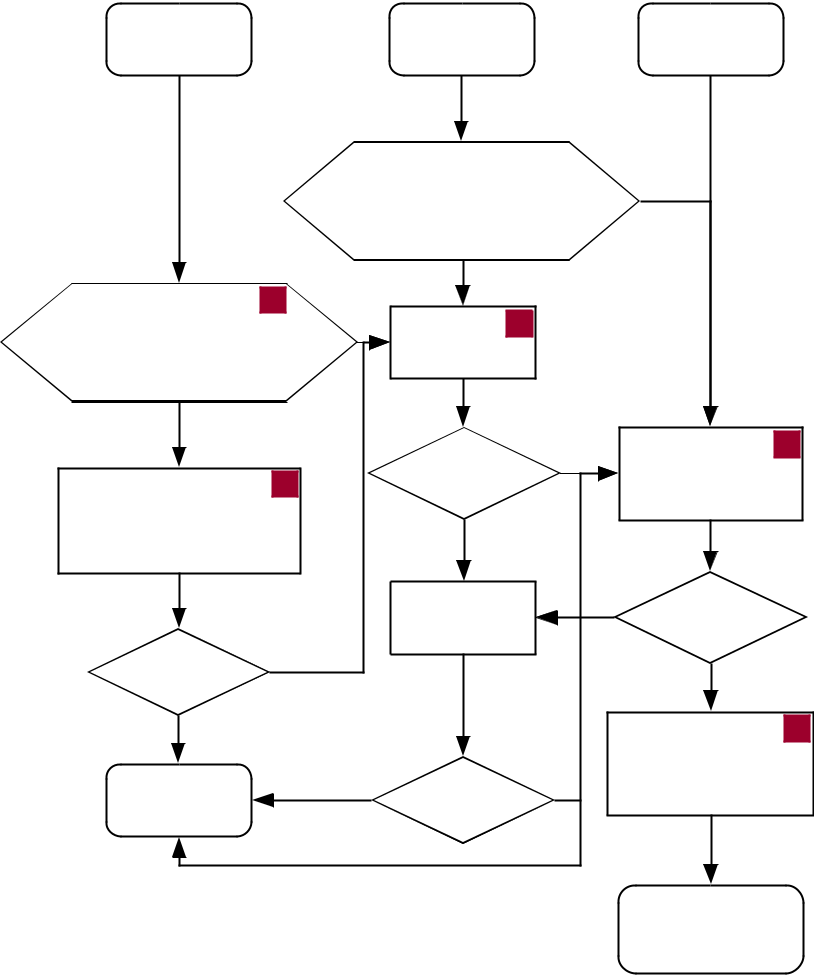
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominación |  | 9. VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO | | | | | |  |
| del indicador |  | EN ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  | Los profesionales de atención primaria deberían conocer los principales | | | | | |  |
|  |  | factores de riesgo de conducta e ideación suicida en niños y adolescen- | | | | | |  |
|  |  | tes, y sería recomendable evaluar el perfil de riesgo en aquellos pacientes | | | | | |  |
|  |  | con depresión, preguntando siempre sobre ideas o planes de suicidio y | | | | | |  |
|  |  | recogiendo en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el | | | | | |  |
|  |  | método, la planificación y la intencionalidad. Este indicador permite mo- | | | | | |  |
|  |  | nitorizar el número de niños y adolescentes diagnosticados de depresión | | | | | |  |
|  |  | mayor en los que se valora el riesgo de suicidio en atención primaria. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula |  | Nº de niños o adolescentes con diagnóstico de depresión | | | | | |  |
|  |  | mayor en los que se valora el riesgo de suicidio en atención | | | | | |  |
|  |  | primaria y se registra en la historia clínica. | | | | | |  |
|  |  | ------------------------------------------------------------------------------ x 100 | | | | | |  |
|  |  | Total de niños y adolescentes con diagnóstico de | | | | | |  |
|  |  | depresión mayor | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción |  | Niño: para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre | | | | | |  |
| de términos |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 y 11 años de edad. | | | | | |  |
|  |  | Adolescente: para el objeto de esta guía se consideran aquellos de eda- | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | des comprendidas entre los 12 y los 18 años. | | | | | |  |
|  |  | Diagnóstico de depresión registrado: constancia escrita en la historia | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico nuevo de trastorno | | | | | |  |
|  |  | depresivo mayor en el período de tiempo de referencia. También se conta- | | | | | |  |
|  |  | bilizarán los nuevos episodios en pacientes con antecedentes previos de | | | | | |  |
|  |  | depresión mayor. | | | | | |  |
|  |  | Valoración del riesgo suicida: mediante la utilización de instrumentos | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | psicométricos de evaluación, validados en nuestro contexto. | | | | | |  |
|  |  | Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  | la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel | | | | | |  |
|  |  | y/o electrónico. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Área geográfica y período |  | Se indicará el área geográfica de referencia y se incluirán aquellos pacien- | | | | | |  |
| de tiempo de referencia |  | tes diagnosticados en el período de referencia, generalmente menos de | | | | | |  |
|  |  | 12 meses. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criterios de exclusión |  | Se excluyen los pacientes mayores de 18 años y los pacientes no residen- | | | | | |  |
|  |  | tes en el área geográfica de estudio. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de indicador |  | Proceso. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fuentes de datos |  | Historia clínica del paciente. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

140 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Se presenta el algoritmo de manejo de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia dividido en depresión leve, moderada y grave. En las notas del algoritmo se resumen aquellos aspectos que se han considerado más relevantes.

Algoritmo terapéutico



DM leve DM moderada DM grave

Comorbilidad

Factores de riesgo Sí

Antecedentes personales

Ideas/ conducta autolítica

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | No |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Comorbilidad | Sí |  | 3 |  |  |
| Factores de riesgo | TCC |  |  |
|  |  |  |  |
| Antecedentes personales | | TIP o TF |  |  |  |
| Ideas/ conducta autolítica | |  |  |  |  |
|  |  | 8-12 semanas | | |  |
| No |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | No |  |
|  | 2 | Respuesta |  |  |  |
| Vigilancia evolución |  |  |  |  |
| Pautas vida saludable |  |  |  |  |  |
| Programa ejercicio físico | | Sí |  |  |  |
| Programa autoayuda |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2 semanas |  | Reevaluar en 8 | | Sí |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | semanas |  |  |  |
|  | No |  |  |  |  |
| Remisión |  |  |  |  |  |
|  |  | Sí |  |  |  |
| Sí |  |  |  | No |  |
|  |  |  |  |  |
| Seguimiento | Sí |  |  |  |  |
|  | Remisión |  |  |  |
| o alta |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Sí |  |  |  |  |

Tratamiento 4 combinado (TCC+

Fluoxetina)\*

8 semanas

Respuesta

No

5

Valorar cumplimiento

Reevaluación

diagnóstico

Ajustar dosis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 6 |  |
| TCC= Terapia cognitivo conductual | Cambiar a otro |  |  |
| ISRS y combinar | |  |
| TIP= Terapia interpersonal |  |
| con TCC | |  |
| TF= Terapia familiar |  |
|  |  |  |

\* Según el perfil clínico del paciente se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram)

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 141

Notas del algoritmo

GENERALES

• El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar:

— Psicoeducación

— Apoyo individual y familiar

— Técnicas de resolución de problemas

— Coordinación con otros profesionales

— Atención a otras comorbilidades

— Monitorización regular del estado mental

• Valorar ingreso hospitalario en los siguientes casos:

— Riesgo elevado de suicidio

— Depresión grave acompañada de síntomas psicóticos

— Comorbilidad grave

— Depresión grave con ausencia de soporte socio-familiar

DEPRESIÓN MAYOR LEVE

• Se ha de valorar la presencia de comorbilidad y factores de riesgo, así como antecedentes personales para una derivación a atención especializada en salud mental:

1. Aspectos a valorar para la derivación a atención especializada en salud mental.

|  |  |
| --- | --- |
| Comorbilidad | Factores de riesgo y antecedentes personales |
|  |  |
| – Ansiedad de separación | – Factores genéticos, antecedentes familiares |
| – Otros trastornos de ansiedad | – Enfermedad mental de los padres |
| – TDAH | – Sexo femenino y edad post-puberal |
| – Distimia | – Antecedentes de síntomas depresivos |
| – Abuso de tóxicos | – Antecedentes o situación de abuso físico emocional |
| – Trastornos de conducta | o sexual |
| – Fobia social | – Afectividad negativa |
|  | – Pensamientos de tipo rumiativo |
|  | – Conflictos conyugales parentales |
|  | – Desestructuración familiar |
|  | – Acoso o humillación en medio escolar |
|  | – Consumo de tóxicos |
|  |  |
| Ideación/conducta autolítica |  |

– Preguntar siempre sobre posible ideación o conducta autolítica pasada y actual.

– En su caso, recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, planificación e intencionalidad, presencia de sentimiento de desesperanza y gravedad médica del intento.

142 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

En caso de ausencia de criterios para la derivación a atención especializada en salud mental, se aconseja vigilar la evolución clínica en atención primaria durante un período de dos semanas:

1. Vigilancia de la evolución en atención primaria

– Ofrecer apoyo activo al niño/adolescente y a sus familias (anexo de información al paciente y familiares).

– Informar sobre los beneficios de una nutrición equilibrada, mantenimiento de un patrón de sueño adecuado y sobre la realización de ejercicio físico de forma regular.

– Otras intervenciones de autoayuda.

DEPRESIÓN MAYOR MODERADA

• Todo niño o adolescente con depresión moderada deberá ser derivado a una unidad de atención especializada en salud mental infantojuvenil.

• En caso de ausencia de comorbilidad, factores de riesgo de depresión, antecedentes personales e ideas/conducta autolítica, se aconseja iniciar el tratamiento con psicoterapia:

1. Tratamiento psicológico

– Realizado por profesionales formados.

– Número de sesiones y duración del tratamiento adecuado: 8 a 12 semanas (sesiones semanales).

– Realización de un seguimiento regular de la evolución clínica del niño o adolescente.

– En niños menores de 12 años se recomienda la TCC o TF, y en mayores de 12 años la TCC, TF o TIP.

• En aquellos pacientes con depresión mayor moderada que no respondan a una terapia psicológica específica, se recomienda combinar TCC con ISRS.

• En la depresión mayor moderada asociada a comorbilidad, factores de riesgo, antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica e ideas o conducta autolítica, se aconseja iniciar tratamiento combinado: TCC más ISRS.

DEPRESIÓN MAYOR GRAVE

• Se aconseja iniciar tratamiento combinado:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 143

1. Tratamiento combinado

– Dosis de fluoxetina y sesiones de TCC adecuadas.

– Especialmente indicado en aquellos casos de historia personal o familiar de ideación y/o conductas suicidas.

– En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados clínicos estándar. Según el perfil clínico del paciente se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram).

– Informar del motivo de la prescripción, beneficios que se esperan alcanzar, posible retraso del efecto terapéutico, efectos secundarios y duración del tratamiento.

– Vigilar la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico.

• En caso de ausencia de respuesta terapéutica, valorar los siguientes factores:

1. Factores a valorar ante falta de respuesta terapéutica

– Duración y frecuencia de las sesiones de la psicoterapia.

– Empleo de dosis farmacológica terapéutica máxima eficaz durante un período adecuado.

– Diagnóstico.

– Comorbilidad con otras enfermedades o trastornos mentales: ansiedad, distimia, abuso de sustancias adictivas o trastornos de la personalidad.

• Una vez revisados estos factores, valorar el cambio a otro ISRS en combinación con TCC:

1. Cambiar a otro ISRS y combinar con TCC

– Cambiar a sertralina, citalopram o escitalopram y combinar con TCC.

– Continuar el tratamiento farmacológico por lo menos 6-12 meses desde la remisión, con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión.

– Suspender el antidepresivo de forma gradual. Si reaparecen síntomas, instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico.

144 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

13. Difusión e implementación

Formatos de la guía, difusión e implementación

La GPC consta de dos versiones, la completa y la resumida, además de infor-mación para pacientes y de un documento con material metodológico. A la versión completa, a la información para pacientes y al material metodológi-co se tiene acceso a través de la página web de avalia-t y de GuíaSalud. Las estrategias de difusión e implementación serían las siguientes:

• Presentación oficial de la guía por parte de las autoridades sanitarias y envío individualizado a los profesionales potenciales usuarios.

• Distribución de la guía de pacientes.

• Presentación de la guía en atención primaria y especializada mediante charlas interactivas.

• Difusión de la guía en formato electrónico en las páginas web de los servicios de salud y de las sociedades implicadas en el proyecto.

• Realización de actividades de formación en línea y/o presenciales sobre manejo del paciente con depresión.

• Presentación de la guía en actividades científicas (jornadas, congresos, reuniones).

• Publicación de la guía en revistas médicas y psicológicas.

• Establecimiento de criterios de buena atención al paciente con depresión en los contratos programa y contratos de gestión clínica.

• Establecimiento de sistemas de apoyo a la decisión clínica, que integren la guía y los indicadores seleccionados en el programa informático utilizado en atención primaria.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 145

1. Recomendaciones de investigación futura

Los trastornos depresivos han sido poco estudiados en niños y adolescentes, por lo que en el proceso de elaboración de la guía nos hemos encontrado con lagunas de conocimiento para las que se necesitan futuros estudios.

Recomendaciones generales

• Estudiar el impacto sanitario de la incorporación en la historia clínica electrónica de herramientas de ayuda para el diagnóstico y tratamien-to de la depresión mayor en el niño y adolescente.

• Realizar estudios epidemiológicos que permitan conocer de forma pre-cisa la prevalencia en nuestro entorno de la depresión mayor en estos grupos de edad y estimar el porcentaje de posible infratratamiento de la enfermedad.

• Realizar estudios para determinar en qué grado están implementados en la práctica clínica los que deberían ser “cuidados estándar” en el niño y adolescente.

Etiopatogenia

• Identificar con mayor precisión los procesos de vulnerabilidad y pro-tección de la depresión, incluidos la historia familiar, ambiente y apo-yos familiares, así como acontecimientos vitales estresantes.

• Fomentar la realización de estudios en el campo de la genética mole-cular, cara a aumentar el conocimiento sobre la contribución genética en los trastornos depresivos de niños y adolescentes.

• Realizar estudios a fin de especificar rasgos temperamentales y características de personalidad en niños y adolescentes con un trastorno depresivo.

Diagnóstico y evolución

• Desarrollar cuestionarios válidos, fiables y específicamente desarro-llados para evaluar la depresión en niños menores de seis años y per-feccionar instrumentos de evaluación más precisos.

• Realizar estudios de investigación sobre la evolución de los trastor-nos depresivos en los niños y adolescentes que permitan precisar las

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 147

interconexiones entre la depresión en la infancia y el desarrollo de trastornos en la vida adulta.

• Desarrollar programas formativos para que los profesionales sanita-rios (atención primaria) puedan detectar la presencia de un trastorno depresivo y así realizar las intervenciones o derivaciones necesarias.

Cribado

• Estudiar si la introducción de programas de cribado de depresión ma-yor en niños y adolescentes considerados grupos de riesgo facilitaría un diagnóstico precoz de la enfermedad y unos mejores resultados a largo plazo.

Suicidio

• Estudiar el posible efecto de los medios de comunicación e Internet sobre la conducta suicida de niños y adolescentes.

• Realizar estudios específicos y con metodología adecuada para cono-cer mejor la influencia de los antidepresivos sobre la conducta suicida.

Psicoterapia

• Estudiar el impacto económico y sobre resultados en salud de la in-troducción de actividades formativas psicoterapéuticas para el mane-jo de la depresión leve, en atención primaria.

• Evaluar la eficacia de los distintos tipos de psicoterapia, en compara-ción con otras opciones terapéuticas, a medio y a largo plazo, median-te la realización de estudios comparativos en pacientes con diferentes grados de gravedad de la enfermedad.

• Identificar cuáles son las claves o componentes más efectivos de las terapias psicológicas.

• Evaluar si hay perfiles de síntomas depresivos o características clíni-cas que sean predictivos de la respuesta a distintas modalidades de psicoterapia.

• Realizar estudios que permitan determinar cuál es la duración más apropiada del tratamiento psicoterapéutico.

• Necesidad de investigaciones sobre el tratamiento conjunto de pa-dres y jóvenes con trastornos depresivos.

Fármacos

• Potenciar la realización de estudios independientes que evalúen la eficacia, los efectos adversos y la duración óptima de los diferentes

148 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

tratamientos farmacológicos existentes, mediante estudios de largo seguimiento, con diferentes subgrupos de edad y dosis y con poder estadístico suficiente para detectar diferencias clínicas relevantes.

• Realizar más estudios que permitan obtener conclusiones definitivas para la toma de decisiones clínicas, entre ellas el tratamiento farmaco-lógico, considerando el tipo y gravedad de la depresión, aspectos evo-lutivos, riesgo suicida, comorbilidad y que las variables e instrumentos de evaluación sean más homogéneos.

Depresión que no responde a tratamiento

• Estudiar las estrategias terapéuticas más eficientes en la depresión que no responde a tratamiento, tanto las farmacológicas como psico-terapéuticas.

• Valorar la eficacia de la combinación del tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico en el manejo de la depresión resistente.

Recaídas

• Estudiar las características de los pacientes con riesgo elevado de recaídas y realizar estudios para determinar con precisión el tiempo óptimo de duración del tratamiento para evitarlas.

Autoayuda

• Desarrollar materiales adaptados a niños y adolescentes para progra-mas de autoayuda y probar su eficacia con estudios controlados.

Grupos de apoyo

• Determinar el papel del soporte familiar y social en niños y adoles-centes con depresión mayor.

Ejercicio

• Ensayos clínicos que, diferenciando los subgrupos de depresión leve, moderada y grave, comparen los efectos de las diferentes formas de ejercicio físico y clarifiquen la dosis e intensidad apropiada de este.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 149

15. Anexos

Anexo 1. Criterios de gravedad según CIE-10 y DSM-IV–TR

**Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10**

A. Criterios generales para episodio depresivo:

* 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
  2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

1. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
   1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
   2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
   3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
2. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:
   1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
   2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
   3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
   4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
   5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
   6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
   7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
3. Puede haber o no síndrome somático\*:

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: adaptado de OMS50

\*Síndrome somático: ver tabla 4 (página 42).

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 151

**Criterios especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) (DSM-IV-TR)**

Nota: codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y grave con características psicóticas se pueden aplicar solo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, solo si este es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo.

Leve: pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y los síntomas provocan solo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

Moderado: síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

Grave sin características psicóticas: varios síntomas aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

Grave con características psicóticas: ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

1. Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.
2. Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el episodio depresivo mayor se sobreagregó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).

En remisión completa: durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración.

Sin otra especificación.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de

los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003

152 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor recurrente (DSM-IV-TR)**

1. Dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: para ser considerados episodios separados, debe haber un intervalo de, por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.

1. Los episodios depresivos mayores no son mejor explicados por trastorno esquizoafectivo, y no se sobreagregan a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.
2. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.

Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales:

– Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas

– Crónico

– Con características catatónicas

– Con características melancólicas

– Con características atípicas

– Con inicio posparto.

Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente:

– En remisión parcial, en remisión completa

– Crónico

– Con características catatónicas

– Con características melancólicas

– Con características atípicas

– Con inicio posparto.

Especificar:

– Especificadores de evolución longitudinal (con recuperación entre los episodios o sin ella).

– Con patrón estacional.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de

los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 153

Anexo 2. Información para pacientes y familiares

**DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Información para el paciente, familiares y personas interesadas

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 155

CONTENIDO

1.- Introducción

2.- ¿Qué es la depresión?

3.- ¿Qué causa la depresión?

4.- Tipos de depresión

5.- ¿Qué puedo hacer si creo que tengo depresión?

6.- ¿Qué pueden ofrecerme los servicios de salud si tengo depresión?

7.- ¿Cómo se trata la depresión?

8.- ¿Cómo puedo ayudar a alguien con depresión?

9.- Más información

*El grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica Clínica desea dar las gracias a todas aquellas personas que han colaborado en la elaboración de este material.*

*Esta información ha sido elaborada a partir del conocimiento basado en la literatura científica disponible en el momento de la publicación.*

*Ilustraciones de Jose Luis Iglesias Diz.*

156 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS



1.- Introducción

**Esta información está destinada a personas que quieren saber qué es la depresión y qué hacer al respecto.**

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. Se estima que afecta al 3,4-5% de los adolescentes en España.

El desconocimiento sobre la depresión en la infancia y adolescencia y la falta de comunicación abierta sobre este tema hace que la gente joven que necesita tratamiento o sus familias no busque ayuda.

**Si piensas que tú o alguien que tú conoces tiene depresión, tómalo en serio y busca ayuda.**

Este documento te proporciona información y ayuda útil. La guía se centra en la depresión (trastorno depresivo mayor) en niños y adolescentes y comprende la depresión leve, moderada y grave.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 157

2.- ¿Qué es la depresión?

**La depresión es mucho más que estar bajo de ánimo.**

Aunque la mayoría de nosotros experimenta tristeza de vez en cuando, en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana: interfiere en su capacidad de pensar, aprender y desarrollarse social y académicamente. Estas personas pueden tener una enfermedad denominada depresión.

**¿Cuáles son los síntomas de la depresión?**



Los síntomas de la depresión pueden variar de un niño a otro. Los síntomas fundamentales son:

• Ánimo bajo, sentirse triste la mayor parte del tiempo o tener sentimientos de desesperanza.

• Pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba, como jugar con sus juguetes favoritos o con sus amigos, querer estar solo y aburrirse.

Otros posibles síntomas que se pueden presentar en el niño o adolescente son:



• Irritabilidad (enfadarse fácilmente).

• Ganas de llorar sin motivo aparente.

• Pérdida de energía o cansancio.

• Problemas de sueño: tener problemas para quedarse dormido por la noche o no querer levantarse por la mañana.

• Aumento o disminución del apetito.

• Dificultad para concentrarse o problemas de memoria, que afecta al rendimiento escolar.

• Sentimientos de inutilidad o culpa.



• Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.

• Ideas suicidas: querer morirse o irse para siempre.

• Síntomas físicos como dolor de cabeza, palpitaciones cardiacas o molestias

158 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

abdominales. A veces estos síntomas son el único motivo de consulta al médico.



• Preocupaciones constantes, lo que les puede producir ansiedad y miedos infundados.

**La depresión puede hacer que la tarea más pequeña parezca escalar una montaña.** Sin embargo, muchos niños o adolescentes con depresión van a negar encontrarse tristes o ni siquiera van a ser conscientes de la tristeza y esto no significa que no estén deprimidos.



3.- ¿Qué causa la depresión?

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión. En cambio, a veces, la depresión aparece sin ninguna causa externa aparente. En algunos casos existen familias en las que varios de sus miembros padecen depresión; se considera que en estos casos los factores hereditarios pueden ser importantes.

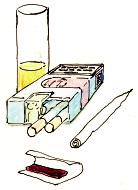
El cerebro usa mensajeros llamados neurotransmisores que envían señales a diferentes partes de nuestro cuerpo. También sirven para que diferentes partes del cerebro se comuniquen entre sí. La alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores influye en el estado de ánimo y es a ese nivel donde actúan los medicamentos.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 159

**Algunas circunstancias que aumentan el riesgo de depresión son**:

• Problemas escolares.

• Depresión en los padres.



• Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos (padres), soledad, cambios en el estilo de vida (cambio de país) o problemas en las relaciones interpersonales (amigos).

• Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, centro escolar, familia, trato diferente por la raza).

• Haber sufrido traumas físicos o psicológicos: acoso, abusos, negligencia en el cuidado.

• Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.

• Algunas medicinas (puedes consultarlo con tu médico).

• Abusar del alcohol o consumir otras drogas no solo no ayuda, sino que empeora la depresión.

**Tener depresión no es culpa de nadie.**

**Experiencias positivas tales como una relación cercana con amigos, la familia o compañeros suelen ayudar a prevenir la depresión.**

4.- Tipos de depresión

Algunas personas tienen un episodio de depresión mayor solo una vez en la vida. Sin embargo, cerca de la mitad de las personas que han tenido un episodio de depresión, tienen al menos otro más. La duración del episodio depresivo es variable, aunque la mayoría se sienten mejor al transcurrir entre 4 y 6 meses. En algunos casos, los síntomas pueden persistir durante mucho más tiempo.

**La gravedad de la depresión varía enormemente.**

Algunas personas tienen solamente unos pocos síntomas que afectan a su vida cotidiana de forma parcial o la limitan solo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve. Otras personas pueden tener muchos más síntomas que llegan a impedirles realizar una vida normal; en este caso, la depresión se califica como moderada o grave.

160 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**¿En qué se diferencia la depresión del niño y del adulto?**

En el niño o adolescente es más frecuente encontrarle irritable que triste o sin energía. Es más probable que acuda a la consulta por molestias físicas (somatización/alteración del apetito) o disminución del rendimiento escolar. Los padres se quejan de la pérdida de interés en sus juegos y amigos. Son frecuentes las referencias a la expresión facial y postural de sus hijos: los ven “con mala cara”, “ojerosos” o con “ojos tristes”. En adolescentes la depresión puede coincidir con cambios de carácter y conducta recientes, mayor rebeldía, desobediencia, inicio de consumo de drogas, alcohol, y otras conductas de riesgo.

5.- ¿Qué puedo hacer si pienso que tengo depresión?



**Si piensas que puedes estar deprimido, solicita ayuda lo antes posible.**

No tienes por qué enfrentarte con la depresión tú solo. Puedes hacer alguna de estas cosas:

• Hablar con alguien de tu confianza sobre tus sentimientos. Por ejemplo, con tus padres, alguien de tu familia, un amigo o profesor.

• Hablar con tu médico u otro profesional sanitario. De esta

manera podrás recibir un diagnóstico adecuado, conocer las opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones respecto a él.

• Si tienes pensamientos relacionados con hacerte daño es buena idea hablar con alguien de tu confianza que pueda estar contigo hasta que te sientas mejor. También puedes llamar al teléfono de emergencias (061, 112), buscar ayuda médica en el punto más cercano o solicitar apoyo telefónico específico para pacientes con ideas suicidas (consulta la sección de información adicional).

• Aprender más cosas sobre la depresión, de manera que puedas entender mejor tus síntomas y su significado.

**Si hablas con alguien y sientes que no te entiende, busca alguna otra persona con la que puedas hablar.**

También puede ser beneficioso que mejores tu

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 161

salud general con actividad física diaria y una dieta saludable. Algunas formas de autoayuda se describen en las páginas siguientes. Puede ser muy duro hacer algunos de estos cambios cuando estás deprimido, por lo que puedes recurrir a amigos y a la familia para que te apoyen.



**No pienses que solo es cuestión de endurecerte ni recurras al alcohol o a las drogas; esas cosas en vez de ayudarte te hundirán más.**

El alcohol y las drogas pueden imitar o causar los síntomas de un trastorno mental. El abuso de tóxicos puede incluso dificultar el diagnóstico y puede ser difícil separar qué problemas están causados por el alcohol o drogas y cuáles por la depresión.

6.- ¿Qué me puede ofrecer el sistema sanitario si tengo depresión?

**Información y apoyo**

Si tienes depresión, los profesionales sanitarios pueden proporcionarte información y apoyo. Esta información se refiere a la naturaleza, curso y posibilidades de tratamiento, así como información respecto a recursos comunitarios y de autoayuda.



Dado que existen diferentes opciones terapéuticas, conviene que dispongas de información suficiente sobre la enfermedad y el tratamiento

162 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

propuesto antes de iniciarlo. Es importante que te sientas implicado en cualquier decisión, comunicando tus preferencias al profesional que te atiende para que puedan ser tenidas en cuenta. Los profesionales utilizarán un lenguaje comprensible para ti y, en la medida de lo posible, evitarán los tecnicismos médicos. Si no entiendes algo, es preferible que lo preguntes a que te quedes con la duda.

**Confidencialidad**

Las entrevistas entre un paciente con depresión y los profesionales sanitarios están reguladas por reglas que protegen la confidencialidad, excepto cuando pongas en peligro tu vida o la de los demás. Es importante que seas sincero y que exista una comunicación fluida entre el profesional de confianza y tú.

**Tu médico de atención primaria**

Tu médico es probablemente la primera persona en el servicio de salud con la que puedes contactar debido a tu depresión.

Te hará preguntas sobre:

• Cómo te sientes

• Otras enfermedades que puedas tener

• Cómo estás en casa y en el colegio

• Cómo te llevas con tus padres, otros miembros de la familia y compañeros

Además, hablaréis sobre tus sentimien-tos, pensamientos, conductas, cambios recientes en tu vida o salud física y antecedentes familiares de trastornos mentales.



Te preguntará a ti y a tus padres sobre los problemas con el alcohol y otras drogas, si has sufrido acoso escolar o abusos, si te autolesionas y si tienes pensamientos sobre la muerte.

El profesional sanitario te entrevistará a ti y a tu familia para ofreceros la opor-tunidad de expresar vuestros sentimien-tos, pero te dará la posibilidad de hablar en privado y de forma confidencial.

Es importante que seas tan abierto

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 163

como sea posible sobre las cosas que consideres de interés para comprender lo que te pasa.



Como ya hemos visto, debido a que la depresión tiene diferentes causas y diferentes síntomas, cada persona con depresión recibe un tratamiento personalizado.

**Servicios especializados de salud mental**

Tu médico puede considerar que necesitas atención por parte de un especialista en salud mental, especialmente si tu depresión es moderada o grave, no responde al tratamiento o en casos de episodios repetidos. Solo muy ocasionalmente, las personas con depresión son hospitalizadas.

**¿Puedo elegir mi tratamiento para la depresión?**

Sí, normalmente puedes elegir los tratamientos. Pero depende de la edad y si tú comprendes la información que el profesional sanitario te ofrece sobre el tratamiento.

Una vez que te expliquen los tratamientos y cuál es el mejor para ti, puedes decir cuál es el que prefieres.

Puede que se necesite la aprobación de tus padres si eres muy joven o si no comprendes la información sobre los tratamientos.

Algunas veces los profesionales y los padres podrán considerar que necesitas un tratamiento que tú particularmente no deseas.

Los medicamentos no se pueden mezclar con drogas y alcohol.Tomándolos harás que los medicamentos no sean efectivos y que aparezcan nuevos síntomas o surjan efectos adversos e incluso daños serios y muerte.

7.- ¿Cómo se trata la depresión?

**Hay varios tratamientos que te pueden ayudar y que han probado su eficacia en la depresión.**

Entre ellos, podemos citar:

• Técnicas de autoayuda.

• Terapias psicológicas.

• Terapia farmacológica.

164 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**La depresión leve** puede mejorar por sí sola sin tratamiento o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas. Resultan eficaces la autoayuda y las terapias psicológicas.

**Para la depresión moderada-grave**, lo más recomendable es combinar una medicación con terapia psicológica.

El tratamiento más adecuado depende de cada caso concreto y de tus preferencias. Lo principal es utilizar un tratamiento que funcione, dándole el tiempo necesario para que eso ocurra.

Es importante que estés en contacto con tu médico, especialmente si el tratamiento utilizado parece que no te ayuda a mejorar. No siempre el primer tratamiento propuesto produce los resultados esperados.

**TÉCNICAS DE AUTOAYUDA**

**Planifica el día**

Cuando uno experimenta sentimientos de tristeza o depresión, puede ser realmente difícil ponerse en marcha para hacer cualquier cosa. Sin embargo, cuanto más activo estés, mayor probabilidad habrá de que te sientas mejor.

Los siguientes consejos suelen resultar útiles:

• Puedes hacer un listado con las actividades que te propones hacer cada día (con la ayuda de alguien si es necesario).

• Mantén ese listado a la vista.

• Al principio, no seas muy exigente contigo mismo.

• Es importante hacer una actividad gratificante al menos una vez al día.

• Planifica hacer alguna actividad física cada día.

• Si incumples algún punto de tu plan, salta a la siguiente actividad.

• Si no te apetece hacer nada en absoluto, planifica realizar alguna actividad con otras personas.

• Comprueba cómo varía tu estado de ánimo en función de tus progresos y comparte este hecho con los demás.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 165

**Manejo del estrés**

• Si los problemas parecen asfixiarte, considera uno de cada vez.

• Disfruta con las pequeñas cosas, consigue tiempo para ti mismo.

• Aprende a reconocer cuándo necesitas parar, todos tenemos un límite.

• No seas demasiado severo contigo mismo.

**Actividad física**



• Aumenta tu actividad física y consigue aire fresco y luz natural cada día.

• Una rutina regular de ejercicio enérgico es ideal, pero cualquier actividad física es mejor que ninguna.

• Es posible que una actividad dirigida en grupo pueda mejorar el cumplimiento de este objetivo más fácilmente.

• Si tienes dudas sobre el tipo de ejercicio físico más adecuado para ti, consulta con tu médico.

**Problemas del sueño**

• Mantén una rutina en tus horarios de sueño.



• Realiza algo relajante antes de irte a dormir.

• Evita las siestas o dormir durante el día; pueden agravar el problema.

• Evita o reduce los excitantes (café, bebidas energéticas o con cola, tabaco o alcohol, especialmente desde el atardecer).

• Si no puedes dormir, levántate y vete a otra habitación (puedes ver la televisión o leer) hasta que te sientas somnoliento. Si te quedas en la cama puedes concentrarte en escuchar la radio con la luz apagada y en un volumen muy bajo.

• No te duermas en el sofá.

**Abuso de alcohol y otras drogas**

• El abuso de alcohol o el consumo de otras drogas pueden hacer que tu depresión empeore y generar otros problemas. No elijas tomar alcohol o drogas para escapar de tus problemas. Pide ayuda.

166 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

• Pide ayuda a tus amigos, familia o tu médico para disminuir el consumo o lograr la abstinencia.

• Si lo necesitas, existen dispositivos sanitarios especializados en el tratamiento de estos problemas.

**TERAPIAS PSICOLÓGICAS**

Los especialistas en salud mental pueden proponerte tratamientos que han sido específicamente diseñados para personas con depresión, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. La investigación ha demostrado que estas terapias resultan efectivas y pueden ayudar a reducir la aparición de nuevos episodios en el futuro (recurrencia).

En la terapia psicológica vas a trabajar con un especialista que te escuchará y ayudará con estrategias para mejorar la depresión, te enseñará a tener pensamientos realistas, cómo resolver problemas, metas que alcanzar y a mejorar las relaciones con los demás.

**La terapia cognitivo-conductual** se centra en modificar los estilos negativos de pensamiento y conducta que contribuyen a desencadenar y mantener la depresión.

**La terapia interpersonal** ayuda a las personas con depresión a identificar y manejar problemas específicos en las relaciones con la familia, amigos, compañeros y otras personas.

Estas terapias son proporcionadas por profesionales entrenados en estas técnicas y expertos en su uso, normalmente psicólogos clínicos y/o psiquiatras.



**TERAPIA FARMACOLÓGICA**

Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión se denomi-nan antidepresivos. Estos medicamentos funcionan incrementando en el cerebro la actividad y los niveles de ciertas sus-tancias químicas denominadas neuro-transmisores, que ayudan a mejorar tu estado de ánimo.

**La mayoría de los tratamientos necesitan algún tiempo para obtener resultados**

Antes de que una persona comience a tomar antidepresivos, debe tener en cuenta que la medicación necesita cierto tiempo para funcionar

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 167

(normalmente se necesitan varias semanas para experimentar alguna mejoría y determinar si un fármaco resulta útil).

Por lo tanto, debes seguir tomando la medicación como te han prescrito incluso si al principio tienes dudas sobre sus beneficios.

Recuerda que si estás manteniendo relaciones sexuales, debes usar algún método anticonceptivo. Pregunta a tu médico.

**Sobre qué síntomas actúa**

Los primeros síntomas que mejoran son los problemas de sueño y de apetito, después el interés en actividades y la capacidad de concentración; el último síntoma en mejorar es la tristeza y el desánimo que puede tardar varias semanas desde el inicio del tratamiento (habitualmente 15 días).

**¿Cuáles son sus posibles efectos secundarios?**

Tu médico te informará sobre los efectos secundarios que son esperables con la medicación: sequedad de boca, problemas de sueño, cefaleas, visión borrosa, molestias abdominales e inquietud. La mayoría son tolerables por casi todas las personas.

El psiquiatra te verá de forma regular para comprobar que no aparecen otros efectos secundarios más graves.

En algunos casos, tu médico puede aconsejarte modificar la dosis o cambiar el tipo de antidepresivo.

Aunque los antidepresivos no generan adicción, pueden experimentarse ciertos síntomas al retirarlos. Estos síntomas pueden consistir en mareo, náuseas, ansiedad y cefaleas; normalmente resultan de intensidad leve, aunque algunas veces tienen mayor intensidad, sobre todo si la medicación se interrumpe bruscamente.

**¿Cuánto tiempo necesitarás tomarlo?**

El período de tiempo durante el que se recibe tratamiento con antidepresivos varía de una persona a otra. Normalmente se recomienda mantener la medicación un mínimo de 6 meses con la misma dosis con la que obtuviste mejoría. La retirada se hará de forma gradual.

**¿Cuál es el riesgo de no recibir tratamiento?**

Algunas depresiones son especialmente graves y no tratarlas de forma adecuada puede tener consecuencias muy importantes como: suicidio, fracaso escolar, problemas en la familia y en las relaciones con los amigos, consumo de alcohol, drogas y otras conductas de riesgo, desórdenes alimentarios.

La depresión no tratada es el mayor factor de riesgo de suicidio.

168 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

**¿Me cambiará la medicación?**

Puedes pensar que la medicación te va a hacer diferente de los otros chicos de tu edad o cambiará tu forma de ser. Pero esto no es cierto. La medicación te ayudará a ser el mismo que eras antes de la depresión.

Tomar medicamentos no se diferencia de usar gafas o poner ortodoncia, solo es una herramienta para ayudarte.

8.- ¿Cómo puedo ayudar a alguien con depresión?

**Puede resultar muy duro ver que un ser querido está deprimido. No sería raro que te sintieses muy agobiado, desorientado o avergonzado por lo que está pasando.**



La familia y amigos de personas con depresión han encontrado que resultan de utilidad las siguientes estrategias:

• Aprende sobre la depresión, su tratamiento y lo que puedes hacer para ayudar a su recuperación.

• Considérate a ti mismo como parte del equipo de apoyo y tratamiento.

• No pienses que la persona con depresión no desea mejorar, aunque a veces te lo parezca. Trata de ver los síntomas como lo que son: parte de una enfermedad.

• Ayúdale a reconocer las fuentes de estrés y a encontrar la forma más adecuada para hacerle frente. Quizá sea necesaria tu colaboración en la solución de algunos problemas que preocupan especialmente a tu familiar o amigo.

• Anímale a ser más activo, pero sin forzarlo excesivamente y sin hacerle críticas o reproches, ya que eso puede hacer que las cosas empeoren.

• Ayúdale a llevar una vida sana, a realizar algo de ejercicio físico y a divertirse.

• Dedica parte de tu tiempo a estar con él o ella.

• Elogia cada uno de sus avances, especialmente al principio y por muy pequeños que sean.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 169

• Anímale a mantener el



tratamiento prescrito y a evitar

el alcohol y otras sustancias

tóxicas.

• De entrada, toma en serio

cualquier pensamiento de

suicidio. No temas hablar con él

sobre este tema abiertamente.

Si tu familiar se siente

inseguro respecto a hacerse

daño, permanece con él o ella.

Puedes contactar con personal

sanitario o utilizar el teléfono

del servicio de emergencias

(061, 112).

• Si estás al cuidado de alguien con depresión grave es fundamental encontrar tiempo para ti sin sentirte mal o culpable. Convivir con un familiar con depresión puede desgastar, por lo que es importante cuidarse lo más posible y mantenerse bien psicológicamente.

*Más información*

• **Teléfono de urgencias: 061 o 112.**

• **Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales). www.feafes.com.**

• **Teléfono de la esperanza (tienen teléfono de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas). www.telefonodelaesperanza.org.**

• **www.suicidioprevencion.com**

170 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

9.- Información para distribución individual

¿QUÉ ES DEPRESIÓN?

**Depresión no es…**

Es normal que en algún momento no puedas evitar sentirte triste, eso forma parte de la vida.

Sobre todo cuando algo no va bien como cuando discutes con un amigo, si sacas malas notas o te enfadas con tus padres.



En algún momento de esos días:

• Te puedes sentir triste o irritable.

• Dormirás poco.

• No querrás ver a tus amigos.

• Cambiará tu apetito.

**Se te pasará en 1 o 2 semanas, o antes,** si mejora la situación que lo provocó.

**Estar bajo de ánimo no significa tener depresión**.

**Depresión es…**

Pero imagina que pasan las semanas y no mejoras, te encuentras muy triste y sin interés por nada **todos los días, entonces puedes tener una depresión**. Además, puedes experimentar:

• Cambios de peso y apetito

• Problemas de sueño

• Estás inquieto o lento

• Te sientes sin fuerza o culpable

• Te encuentras cansado o vacío

• No puedes concentrarte en el colegio

• Piensas en la muerte o en el suicidio



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 171

DEPRESIÓN Y FAMILIA

Tener un hijo con depresión afecta a toda la familia.

**Repercusión de la depresión en la familia:**

• Se pueden cambiar rutinas o normas y dejar de participar en actividades que les hagan salir de casa.

• Se empiezan a evitar los contactos con los amigos o las reuniones sociales porque se sienten avergonzados preocupados por si los juzgan. Además, los amigos también pueden evitar a la familia. Esto lleva al aislamiento en el momento que necesitan mayor soporte.

• Puede consentirse más al niño para evitar empeorar la enfermedad,o al contrario, pueden encontrarse resentidos con él por la disrupción familiar que la depresión ha causado.

• Los padres pueden ser más estrictos o duros con los que no tienen depresión.

• Unos miembros de la familia pueden estar irritables o enfadados, mientras que otros quieren llamar la atención que creen que no están recibiendo.

• Puede haber más discusiones entre los familiares, especialmente sobre cómo tratar al enfermo.

• Individualmente se encuentran frustrados e incapaces de cambiar las cosas o al enfermo e incluso se sienten culpables de la depresión.

• Se pueden presentar signos de estrés e incluso depresión.

**Cuidados de la familia y entorno:**

• Cuídate y anima a todos a que lo hagan. Podrás ayudar si te encuentras sano y descansado. Reconoce cuándo necesitas parar o mejor busca tiempo para ti y descansa antes de necesitarlo.

• Piensa que nadie es capaz de estar agradable todo el tiempo, puedes tener un mal día, pero sigue de forma positiva.

• Intentad realizar actividades en familia, aunque el enfermo no participe.

• Anima a todos a continuar con las actividades diarias. Intenta pasar tiempo con cada uno de los miembros de la familia, no permitas que el niño con depresión monopolice toda la atención.

• La familia se puede beneficiar de la educación sobre la enfermedad y su tratamiento y trabajar con el especialista sobre problemas específicos. Participa en el tratamiento. Considera unirte a grupos de soporte, te ayudará hablar con otros que han tenido experiencias similares.

• Los miembros de la familia deben reconocer si tienen depresión y pedir ayuda. La depresión puede afectar a varios miembros.

• Recuerda que la depresión es una enfermedad. Nadie es culpable.

172 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

PLAN DE APOYO FAMILIAR

**¿Cómo puedo ayudar a mi hijo?**

• Ayuda a tu hijo a establecer metas, que sean sencillas y realistas, que se ajusten a su estilo y personalidad.

• Reconoce sus éxitos.

• Recuerda las cosas que pudieron ayudarle en el pasado.

• Trabaja una meta cada vez.

**1.- Cumplimiento del tratamiento:**

• Recuerda que tu hijo tome la medicación.

• Participa en el tratamiento.

• Procura ser su apoyo.

**2.- Relaciones y actividades agradables:**

• Cuando está deprimido, tu hijo puede evitar el contacto con otras personas.

• Las buenas relaciones con los amigos y familia son una parte significativa de la recuperación.

• Ejemplo: anímale a que hable con sus amigos, que cuide sus relaciones sociales (cumpleaños, deportes, música, excursiones…), quítale importancia si al principio no es capaz, lo importante es intentarlo y ayúdale a que progresivamente recupere sus actividades.

• Pasa tiempo con él, habla con él.

**3.- Nutrición y ejercicio:**

• Asegúrate de que recibe una buena alimentación y que hace ejercicio de forma regular.

• Ejemplo: que beba suficiente agua, que coma verduras y frutas, dar un paseo una vez al día con él, dar una vuelta en bicicleta.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 173

PROBLEMAS DE SUEÑO

Todos nosotros necesitamos dormir.

**Si no duermes**:

• Te cuesta concentrarte en el colegio.

• Te quedas dormido durante el día.

• Te sientes más irritable y de mal humor.

• Te encuentras más lento y cansado.

Los problemas de sueño pueden formar parte de la depresión. Aunque hay problemas de sueño que requieren medicación, hay cosas que

**TÚ PUEDES HACER PARA MEJORAR:**

1. **ACUÉSTATE Y LEVÁNTATE SIEMPRE A LA MISMA HORA,** la rutina es lo mejor para coger el sueño.
2. **EVITA LAS SIESTAS**.
3. **NO TE DES UN ATRACÓN O TE ACUESTES CON HAMBRE**. Te puede ayudar un vaso de leche templada.
4. **NO TOMES BEBIDAS EXCITANTES** (café, colas, té, chocolate...).
5. **NO BEBAS ALCOHOL NI FUMES**.
6. **ENCUENTRA UNA ACTIVIDAD RELAJANTE ANTES DE DORMIR**: como una baño caliente, oír música tranquila o charlar con un amigo. No debes usar el móvil, chatear o jugar con el ordenador antes de irte a dormir.
7. **USA LA CAMA SOLO PARA DORMIR O DESCANSAR,** no es el sitio para ver la televisión, ni de hacer los deberes.
8. **PREPARA LA HABITACIÓN PARA DORMIR**: evita los ruidos, la luz y haz que la temperatura sea agradable.
9. **HAZ EJERCICIO DE FORMA REGULAR**.
10. **SAL DE CASA Y TOMA EL SOL**. La luz del sol ayuda a controlar el reloj biológico.

**NO TE OBSESIONES, EL SUEÑO LLEGARÁ**



174 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Anexo 3. Glosario

• **Adolescente:** para el objeto de esta guía se consideran aquellos de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, independientemente del sexo.

• **Arteterapia:** también denominada terapia artística, creativa o configurativa, consiste en el uso de las artes visuales con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que las representaciones visuales, objetivadas a través del material plástico, contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, y favorecen su resolución. La representación plástica sería, desde este punto de vista, un proceso de construcción del pensamiento.

• **Autoayuda:** aprendizaje o potenciación de repertorios de conducta o capacidades de afrontamiento de situaciones y estados emocionales negativos, sin intervención o con participación mínima del terapeuta. Tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud.

• **Autoayuda guiada:** es una modalidad de autoayuda, más completa. Utiliza materiales de autoayuda junto con una orientación mínima por parte del profesional.

• **Automodelado:** es una técnica que consiste en la visualización repetida de una grabación del sujeto ejecutando la conducta deseada dirigida al logro de una meta.

• ***Beck Depression Inventory* (BDI):** escala de autoevaluación autoaplicada que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

• **Biblioterapia:** forma de terapia en la que se selecciona material escrito para que el paciente lea con el fin de tratar sus problemas emocionales y de comportamiento. La intervención del profesional es mínima y la lectura de los textos da lugar a un proceso de autoayuda a través de la reflexión del propio paciente.

• ***Cochrane Library Plus*:** versión en castellano de la revista electrónica *The Cochrane Library*, el principal vehículo de información de la Colaboración Cochrane. Se consulta a través de Internet y se actualiza cada tres meses. Apareció en 2002 y es la única versión en lengua no inglesa de la *Cochrane Library*.

• **Comorbilidad:** situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones, como por ejemplo, depresión y ansiedad.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 175

• **Conducta suicida:** espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen intento de suicidio y suicidio.

• **Consejo u orientación (*counseling*):** pretende descubrir los factores emocionales en conflicto que condicionan problemas de personalidad. En consecuencia, tiene por fin ayudar a comprender los obstáculos que impiden el desarrollo normal de la personalidad y los medios de superarlos en orden a favorecer el funcionamiento de los procesos psicológicos constructivos. Es una terapia psicológica que ofrece información e intercambio de experiencias y se apoya en cuatro pilares: 1) habilidades de comunicación asertiva, 2) soporte emocional, 3) modelo de solución de problemas y 4) autocontrol.

• **Cuidados habituales:** cuidados que reciben los pacientes según el área donde se lleven a cabo. La definición de cuidados habituales o tratamiento habitual empleada varía en los diferentes estudios, e incluye diferentes intervenciones psicoterapéuticas y/o farmacológicas.

• **Cuidados** **estándar:** en esta guía se consideran cuidados estándar: psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y seguimiento regular del estado mental.

• **Depresión mayor:** conjunto de síntomas entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida). Dado que en mayor o menor medida también se presentan síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, podría hablarse de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva.

• **Desesperanza:** esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el futuro inmediato o el más remoto. La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores, con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*).

• **Eficacia:** grado en el que una determinada intervención en condiciones ideales produce un resultado beneficioso. Los ensayos clínicos aleatorizados son el patrón oro en la evaluación de la eficacia.

• **Efectividad:** grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en circunstancias ordinarias.

• **Ensayo clínico aleatorizado:** estudio experimental en el que los participantes son asignados de forma aleatoria (al azar) a recibir un tratamiento o intervención entre 2 o más opciones posibles. Uno de los grupos suele recibir el tratamiento convencional (grupo control), que sirve como patrón

176 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

de comparación, mientras que otro grupo recibe el tratamiento objeto de estudio (grupo experimental).

• **Estudio de cohorte:** consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos sanos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo y en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición a estudio.

• **Estudio de casos-control:** estudio observacional y analítico en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados, se investiga si estuvieron expuestos a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

• **Embase** *(Excerpta Medica data BASE)*: base de datos bibliográfica producida por la empresa Elsevier que está especializada en el campo de la biomedicina y la farmacología. Contiene más de 12 millones de registros y se puede consultar desde 1974.

• **Emoción expresada:** conjunto de variables que hacen referencia a la comunicación familiar. Este constructo ha sido empleado como un índice indirecto de las interacciones entre un paciente y sus familiares en estudios sobre pronóstico de recaídas. El índice de emoción expresada hace referencia al criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional.

• **Esquema:** un esquema, dentro del marco de la terapia cognitiva, es “una estructura para la percepción selectiva, codificación y valoración de los estímulos que inciden sobre el organismo y que sirve para estructurar y organizar el medio en unidades psíquicas relevantes.

• **Grupos de apoyo:** suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. En ocasiones, estos grupos pueden ser guiados por paraprofesionales entrenados o supervisados por profesionales.

• **Heterogeneidad:** cualidad de una cosa heterogénea o formada por elementos de distinta clase o naturaleza. Contrario a homogeneidad.

• **Ideación suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

• **Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina:** clase de fármaco antidepresivo que inhibe la recaptación de serotonina por la neurona presináptica, e incrementa de ese modo el nivel de neurotransmisor disponible para unirse con el receptor postsináptico.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 177

• ***Insight*:** es la capacidad de darse cuenta, de tomar conciencia de una realidad interior que normalmente había permanecido inconsciente.

• **Locus de control:** es el grado en que un sujeto percibe el origen de eventos y de su propio comportamiento de manera interna o externa a él. El locus de control interno es la percepción de que los eventos ocurren principalmente como efecto de las propias acciones, mientras que el locus de control externo es la percepción de que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros.

• **Manejo de contingencias:** variedad de técnicas skinnerianas u operantes que comparten la meta común de controlar el comportamiento manipulando sus consecuencias.

• **Medline:** base de datos bibliográfica producida por la *National Library of Medicine* de los Estados Unidos. Recoge las referencias bibliográficas de los artículos publicados en más de 4 500 revistas médicas desde 1966. Cada registro de Medline contiene los datos básicos de la referencia bibliográfica para su posterior recuperación. PubMed es un sistema de recuperación de la información basado en tecnología *world wide web*, que permite buscar en bases de datos, entre ellas Medline.

• **Metaanálisis:** método estadístico en el que se combinan los resultados de diferentes estudios para evaluar la heterogeneidad y generar resultados globales.

• **NICE** (*National Institute for Health and Clinical Excellence*): organización británica independiente que proporciona directrices de promoción de la salud y de prevención y tratamiento de enfermedades al *National Health Service*.

• **Niño:** para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre 5 y 11 años de edad, independientemente del sexo.

• **Psicoeducación:** programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa entre el profesional, el paciente y sus cuidadores.

• **Recaída:** empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación.

• **Recuperación:** es la duración del período de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación completa del episodio depresivo. Según los criterios DSM-IV, este período sería de dos meses.

• **Recurrencia:** desarrollo de un trastorno depresivo en una persona que previamente ha padecido depresión. Habitualmente se considera que el nuevo episodio depresivo ocurre después de seis meses.

178 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

• **Refuerzo:** se entiende por refuerzo positivo a los estímulos que aumenta la probabilidad de emisión de la conducta que provoca la aparición de dichos estímulos. Cuando la conducta aumenta como consecuencia de la retirada de determinados estímulos se dice que la conducta que elimina esos estímulos es reforzada negativamente.

• **Remisión:** la remisión requiere que el paciente esté asintomático y que no sufra más allá de los síntomas residuales mínimos, y, además, debe producirse una restauración total de la función.

• **Respuesta:** ausencia de síntomas o disminución significativa de la sintomatología de depresión durante al menos dos semanas. También se considera respuesta aquella mejoría al menos del 50% respecto a los valores iniciales en una escala de medición de la depresión.

• **Revisión sistemática:** forma de investigación que proporciona un resumen de los estudios existentes sobre una pregunta específica, utilizando para ello métodos explícitos y sistemáticos de identificación, evaluación crítica y síntesis de la literatura científica.

• **Técnicas de solución de problemas:** el entrenamiento de recursos que facilitan el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés.

• **SIGN** *(Scottish Intercollegiate Guidelines Network)*: se formó en 1993 con el objetivo de elaborar y diseminar guías de práctica clínica con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible.

• **Tamaño del efecto:** es una estimación del efecto de un tratamiento cuando se compara con el grupo control (por ejemplo, otro tratamiento activo, no tratamiento o tratamiento habitual). Un ejemplo de tamaño del efecto es el riesgo relativo (empleado para variables dicotómicas) y la diferencia de medias ponderada y estandarizada (ambas para variables continuas).

• **Terapia cognitivo-conductual:** se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

• **Terapia conductual:** es un enfoque de la psicología clínica que se fundamenta en la psicología del aprendizaje para la explicación de los trastornos psicológicos y el desarrollo de estrategias dirigidas al cambio terapéutico. Otra característica es estar basada en el estudio experimental de los principios y leyes del aprendizaje.

• **Terapia dialéctico-conductual:** es un tratamiento psicosocial desarrollado específicamente para el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, pero que se emplea también para pacientes con otros

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 179

diagnósticos. La TDC usa técnicas que se centran en el cambio conductual, con estrategias de aceptación o de validación, subrayando que la aceptación no excluye el cambio (componente dialéctico).

• **Terapia electroconvulsiva:** técnica consistente en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central.

• **Terapia familiar:** hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención, debido a que algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infantojuvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.

• **Terapia interpersonal:** aborda las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Asume que los problemas interpersonales pueden activar o exacerbar una depresión, por lo que se centra en ellos con la finalidad de favorecer cambios adaptativos y que de esta manera se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.

• **Terapia no directiva:** procedimiento en el que el psicoterapeuta refleja al cliente lo que le dice, como procedimiento para evitar dirigir al cliente. Su característica distintiva sería la actitud del terapeuta, que promueve las condiciones de la relación terapéutica que favorecen los procesos de cambio psicológico.

• **Terapia de apoyo:** intervención basada en el apoyo emocional, resolución de problemas de forma no directiva y revisión del estado del paciente (síntomas depresivos, rendimiento escolar, suicidabilidad, actividades sociales), con la finalidad de valorar la necesidad de intervención por parte de profesionales especializados.

• **Terapia psicodinámica:** deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría freudiana del funcionamiento psicológico de que la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos.

180 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Anexo 4. Lista de abreviaturas

* **AACAP:** *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
* **ADAPT:** *Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial*
* **AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
* **AGREE:** *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*
* **AHRQ:** *Agency for Healthcare Research and Quality*
* **APA:** *American Psychiatric Association*
* **BDI:** Inventario de Depresión de Beck
* **CAMHS:** *Child and Adolescent Mental Health Services*
* **CDRS:** *Children’s Depression Rating Scale*
* **CGAS:** *Children’s Global Assessment Scale*
* **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
* **DM:** depresión mayor
* **DSM-IV:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
* **ECA:** ensayo clínico aleatorio
* **EDB:** escala de desesperanza de Beck
* **EMEA:** Agencia Europea del Medicamento
* **FDA:** *Food and Drug Administration*
* **GPC:** guía de práctica clínica
* **HoNOSCA:** *Health of the Nation Outcome Scales*
* **IMAO:** inhibidor de la monoaminooxidasa
* **IRSN:** inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina
* **ISRS:** inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
* **Kiddie-SADS-P:** *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged children-Present episode version*
* **K-SADS-P/L:** *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and Lifetime Version*
* **MADRS:** escala de depresión de Montgomery-Asberg
* **MFQ:** *Mood And Feelings Questionnaire*
* **NICE:** *National Institute for Clinical Excellence*

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 181

* **NIMH:** *National Institute of Mental Health*
* **OMS:** Organización Mundial de la Salud
* **PQ-LES-Q:** *Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*
* **RSQ:** *Risk of Suicide Questionaire*
* **SIGN:** *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
* **SIQ-Jr:** *Suicidal Ideation Questionnaire. Junior High School version*
* **SIS:** *Suicidal Intent Scale*
* **TADS:** *Treatment for Adolescents With Depression Study*
* **TCC:** terapia cognitivo-conductual
* **TDC:** terapia dialéctico-conductual
* **TEC:** terapia electroconvulsiva
* **TF:** terapia familiar
* **TIP:** terapia interpersonal individual
* **TIP-A:** terapia interpersonal para adolescentes
* **TMS:** terapia multisistémica

182 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Anexo 5. Declaración de intereses

Coordinadores y miembros del grupo elaborador

Gerardo Atienza Merino, Elena de las Heras Liñero, Rafael Fernández Mar-tínez, Ernesto Ferrer Gómez del Valle, Ana Goicoechea Castaño, Jose Luis Iglesias Diz, Arturo Louro González, Belén Martínez Alonso, José Mazaira Castro, Aurea Paz Baña, Lucinda Paz Valiñas, María Isabel Roca Valcárcel y Yolanda Triñanes Pego declararon ausencia de conflictos de interés.

María Álvarez Ariza declaró haber recibido financiación para reunio-nes o congresos (AstraZeneca y Pfizer) y para asistencia a cursos (Janssen).

Revisores externos

Antonio Agüero Juan, Victoria del Barrio Gándara, Amparo Belloch Fuster, María del Carmen Bragado Álvarez, Juan José Carballo Belloso, Sergio Cin-za Sanjurjo, María Dolores Domínguez Santos, Aranzazu Fernández Rivas, Montserrat García González, María Paz García Vera, María Elena Garralda Hualde, María León-Sanromá, Germán López Cortacáns, María José Pa-rellada Redondo, Ana Pascual Aranda, Pedro Javier Rodríguez Hernández, Patricio José Ruiz Lázaro, María Isabel Salvador Sánchez, Manuel Sampe-dro Campos, Carmen Senra Rivera, Josep Toro Trallero, Víctor Manuel To-rrado Oubiña, y Fernando Lino Vázquez González declararon ausencia de conflictos de interés.

Enric Aragonés Benaiges declaró haber recibido financiación para re-uniones, congresos o asistencia a cursos (Almirall) y recibir ayuda económi-ca para la financiación de investigación por parte de Lilly.

Pedro Benjumea Pino declaró haber recibido financiación para reunio-nes, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Glaxo).

María Consuelo Carballal Balsa declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (ANESM).

Josefina Castro Fornielles declaró haber recibido financiación para re-uniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly), haber recibido financiación por su participación en una investigación por parte de los laboratorios No-vartis y haber realizado labores de consultorías para los laboratorios Lilly.

Josep Cornellá Canals ha declarado haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Juste) y realizar labores de ase-soría para el laboratorio Rubió sobre el producto Rubifen.

Inmaculada Escamilla Canales declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Janssen, Juste), hono-rarios como ponente por parte de Janssen y AEPIJ, financiación de progra-

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 183

mas educativos o cursos por parte de la Fundación Alicia Koplowitz y ayuda económica para la financiación de investigación por parte de Lilly.

María Jesús Mardomingo Sanz declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly) y haber recibido fi-nanciación por su participación en una investigación (Lilly, Janssen).

César Soutullo Esperón declaró haber recibido financiación para re-uniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Janssen-Cilag, Esteve, Pfi-zer), honorarios como ponente por parte de la Asociación Navarra ADHI; ACANPADAH, APNADAH, AstraZeneca, ASTTA, CC.AA.: Asturias, Castilla y León, Madrid; Eli Lilly, Fundación Innovación Social de la Cultura, GlaxoSmithKline, Grupo Aula Médica, Janssen-Cilag, Novartis, SEP-SEPB, Sociedad Vasco-Navarra Psiquiatría y Solvay, así como haber realizado labo-res de consultoría para Bristol-Myers Squibb, Editorial Médica Panameri-cana, Eli Lilly, Juste, EINAQ (European Interdisciplinary Network ADHD Quality Assurance), Fundación Alicia Koplowitz, Janssen- Cilag, Pfizer, Shi-re y Otsuka, ha declarado también intereses económicos como empleado de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra y y ayudas económicas para la financiación de una investigación por parte de Abbott, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Gobierno de Navarra, Fundación Alicia Koplovitz, Institu-to de Salud Carlos III (FIS): Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, Pfizer, PIUNA, Stanley Medical Research Institute-NAMI Shire y Solvay.

184 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Anexo 6. Modelos de Consentimiento Informado

Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

El/la Paciente D/D. ª................................................. natural de .........................

con domicilio en ..................................................................................................

Ciudad............................................ Provincia .......................................................

con edad de..............y DNI........................., menor de edad, y abajo firmante,

ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE .............................

.................................................................................................................................

La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometido

..................................................................y que de forma resumida consiste en

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la

mencionada y explicada medicación/intervención o prueba, y que son los

siguientes:

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son .....................

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

Todo ello tal y como preceptúa la actual Ley 41/2002, de Autonomía del Pa-ciente, por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha ............... de ........................... del año 20........

**Médico responsable** **El/la paciente**

\*Modificado de: Fuertes Rocañín *et al.*, 2007

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 185

Anexo 6. Modelos de consentimiento informado

Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO POR REPRESENTACIÓN

El/la representante legal D/D. ª.............................................................................

.....................del/la menor D/D.ª.............................................................................

natural de ......................... con domicilio en ........................................................

Ciudad............................................ Provincia .......................................................

con edad de..............y DNI........................., mayor de edad, y abajo firmante,

ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE ...............................

..................................................................................................................................

La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometido

..................................................................y que de forma resumida consiste en

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencio-nada y explicada medicación/intervención o prueba, y que son los siguientes:

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son ......................

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

Todo ello tal y como preceptúa la actual Ley 41/2002, de Autonomía del Pa-ciente, por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO POR REPRESENTACIÓN

En la fecha ............... de ........................... del año 20........

**Médico responsable** **Representante legal**

* En caso de padres separados, representante legal es el progenitor que tenga la guardia y custodia, y ha de estar de acuerdo con el otro progenitor.

186 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Anexo 7. Técnicas psicoterapéuticas

La psicoterapia se puede definir como el tratamiento de naturaleza psico-lógica de los trastornos emocionales, de conducta y de la personalidad, que implica la comunicación entre paciente y terapeuta y que emplea métodos con una fundamentación teórica. Todas las psicoterapias se basan en la rela-ción entre terapeuta y paciente, así como en la utilización de procedimientos y técnicas específicas.

Las psicoterapias pueden ofrecerse en diferentes formatos (individual, familiar, grupal) y pueden diferir en dimensiones específicas tales como la frecuencia de las sesiones y su grado de estructuración, la duración y los objetivos planteados.

Por otra parte, existen diferentes formas de psicoterapia que se derivan de explicaciones o teorías particulares de la psicopatología. En ocasiones, esta diversidad probablemente obedezca a intereses ajenos al rigor cientí-fico o a la precisión conceptual. En este sentido, Guattari en 1993 señalaba que “*las prácticas psicoterapéuticas y sus formulaciones teóricas se hallan actualmente en un estado de dispersión casi total. Esta situación no puede considerarse como un signo de libertad, un estímulo a la invención y a la crea-tividad, sino que es la consecuencia del sectarismo que reina en este ámbito y del desconocimiento, que en ocasiones alcanza extremos irritantes, acerca de todo cuanto sucede en el interior de cada uno de esos cotos cerrados*”261*.*

A pesar de la dispersión que hay en este campo, las diferentes prácticas psicoterapéuticas podrían encuadrarse dentro de cinco grupos principales: el enfoque conductual, cognitivo, psicodinámico, humanista y familiar, aun-que existen otras terapias que tradicionalmente no se han incluido en estos cinco grupos, pero que han adquirido gran importancia, como la terapia in-terpersonal.

Como punto de partida, antes de la descripción de cada una de las modalidades de psicoterapia, hay que señalar que todas ellas, independien-temente del modelo teórico en el que se basen, parten de la evaluación y formulación o conceptualización clínica del problema o prpblemas que pre-senta el paciente como guía de la estrategia psicoterapéutica. También se debe señalar que todos los enfoques de psicoterapia comparten principios generales, como la necesidad de establecer una alianza terapéutica con el paciente o relación colaborativa en la dirección hacia los objetivos de cam-bio planteados.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 187

Se describirán los enfoques psicoterapéuticos que cuentan con estu-dios controlados para evaluar su eficacia en la depresión en la infancia y adolescencia y que han sido revisados en esta guía.

PSICOTERAPIA CONDUCTUAL

La psicoterapia conductual o terapia de conducta es un enfoque de la psi-cología clínica que se fundamenta en la psicología del aprendizaje para la explicación de los trastornos psicológicos y el desarrollo de estrategias di-rigidas al cambio terapéutico. Otra característica central de este enfoque es el estar basada en el estudio experimental de los principios y leyes del aprendizaje, cuyos principales procesos son:

*•*  *Condicionamiento clásico*. Se basa en el trabajo de Pavlov y otros fisiólogos rusos, quienes realizaron estudios experimentales con perros en los que se observó que cuando un estímulo inicialmente neutral (por ejemplo, el sonido de una campana) se emparejaba a un estímulo como la comida, capaz de provocar automáticamente respuestas fisiológicas incondicionadas, tras repetirse el emparejamiento un número de veces comenzaba a provocar una respuesta similar a la provocada por el estímulo incondicionado (salivación), aun sin la presencia del estímulo incondicionado. El principio del condicionamiento clásico, además de su implicación en la adquisición de respuestas condicionadas simples, puede estar implicado en la adquisición de respuestas complejas, como las de ansiedad y otros estados emocionales ante determinadas condiciones estimulares, lo que tiene gran relevancia en la explicación y tratamiento psicológico de problemas emocionales diversos.

• El *condicionamiento operante o instrumental* hace referencia al aprendizaje de respuestas conductuales por las consecuencias o cambios ambientales que ocasionan. Cuando la conducta se asocia a cambios ambientales o consecuencias favorables, dicha conducta resulta positivamente reforzada y aumenta su probabilidad de ocurrencia en el futuro. Por el contrario, las consecuencias negativas o la ausencia de consecuencias se asociarían a una disminución de la probabilidad de ocurrencia de la conducta en el futuro. En síntesis, el sujeto aprendería a responder conductualmente en condiciones ambientales particulares (estímulos discriminativos) por las consecuencias que sus respuestas han tenido a lo largo de su historia biográfica.

• El *aprendizaje observacional o vicario* se refiere al aprendizaje de patrones de conducta que se deriva de la observación de otros. En este caso, aumenta la probabilidad de la conducta cuando se observa

188 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

que su ejecución por parte de otros en determinadas condiciones de estímulo lleva a consecuencias favorables. Del mismo modo, la probabilidad disminuiría cuando se observa que la conducta de que se trate resulta castigada o no va seguida de consecuencia alguna.

La relevancia del lenguaje en el funcionamiento humano se refleja en el desarrollo, desde el marco conductista, de conceptos como el de “relacio-nes derivadas” o el de “conducta gobernada por reglas” de gran importancia en la comprensión de la psicopatología y su tratamiento.

Los trastornos psicológicos se entienden como resultado de experien-cias de aprendizaje problemáticas a lo largo de la historia biográfica. Los sín-tomas psicológicos serían, pues, respuestas aprendidas a través de procesos como los señalados.

La terapia parte de la evaluación conductual, en la que es central el análisis funcional de los episodios concretos del problema para identificar las condiciones antecedentes así como las consecuencias de la conducta pro-blema. De este modo, es posible establecer hipótesis sobre las principales in-fluencias en su mantenimiento y, sobre esta base, aplicar los procedimientos terapéuticos pertinentes, basados en la psicología del aprendizaje. Sin em-bargo, contra una visión simplista de la terapia de conducta, debe señalarse, siguiendo a Marino Pérez262, que “los problemas se presentan y las ayudas se ofrecen en su contexto social natural, que se habrá de reconocer complejo en cuanto a la multitud de matices que concurren continuamente. Quiere ello decir, entonces, que la operativización de la conducta puede resultar en un catálogo de formas escasas y poco flexibles respecto a los infinitos ma-tices del contexto. La cuestión coherente con los criterios conductistas está en atenerse a clases de conductas definidas precisamente por fines genéricos (no en el sentido de vagos, sino de clases generales)”. En este mismo sentido cabe añadir que el contexto con el que se interactúa debe entenderse de un modo amplio, ya que la persona no solo se relaciona con estímulos externos sino también con estímulos privados como son los pensamientos verbales o imágenes, emociones y sensaciones corporales. Al mismo tiempo, más que una relación lineal en la que el sujeto reacciona a estímulos diversos, la re-lación sujeto-ambiente se entiende de modo dialéctico. Es decir, no solo el contexto induce o es ocasión de conductas diversas, sino que estas, al mismo tiempo, están implicadas en el moldeamiento del contexto.

Algunas de las técnicas terapéuticas del tratamiento conductual son:

*•*  *Técnicas de exposición*. Esta estrategia terapéutica implica que el paciente entre en contacto de manera repetida y prolongada con aquellas situaciones que desencadenan estados de ansiedad y que el

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 189

paciente sistemáticamente evita. A través de la exposición repetida y prolongada a esas situaciones, las respuestas de ansiedad se extinguen progresivamente. Los procedimientos terapéuticos concretos en los que está presente el principio de exposición son diversos. Por ejemplo, la exposición puede realizarse en imaginación o en vivo (confrontación a situaciones de la vida desencadenantes de estados de ansiedad). Por otra parte, la exposición a las situaciones evitadas puede realizarse de un modo gradual. Es decir, se planificaría por adelantado la exposición a situaciones progresivamente más ansiógenas de modo que la atenuación de la ansiedad en las primeras situaciones de la jerarquía facilite la exposición a situaciones asociadas a niveles de ansiedad más elevada dentro de la jerarquía. Otra variante de la exposición es la técnica conocida como desensibilización sistemática. En este caso se realiza exposición en imaginación a situaciones asociadas a respuestas de ansiedad. La exposición se realiza de manera gradual (jerarquía de situaciones evocadoras de respuestas de ansiedad progresivamente más intensa) al tiempo que se induce una respuesta incompatible con la ansiedad (por ejemplo, estado de relajación). La experiencia de contacto con las situaciones en principio ansiógenas en esas condiciones daría lugar al debilitamiento de su asociación con la ansiedad.

*•*  *El entrenamiento en relajación*. Aunque existen diversos procedi-mientos de relajación, el más frecuentemente empleado en terapia de conducta es el desarrollado por Jacobson conocido como “relaja-ción muscular progresiva”263. Este método consiste en el aprendizaje de ejercicios de tensión y distensión de distintos grupos musculares. La práctica repetida del procedimiento ayuda al paciente al pacien-te a discriminar la experiencia de tensión y a emplear respuestas de relajación frente a ella. De manera característica, el número de gru-po musculares sobre los que se practican los ejercicios se van dismi-nuyendo en las sesiones sucesivas hasta prescindir de los ejercicios de tensión muscular e inducir la relajación mediante evocación. El objetivo último es poder aplicar la relajación a situaciones de la vida diaria asociadas a ansiedad.

*•*  *Técnicas aversivas*. El procedimiento implica que estímulos, pensamientos o conductas asociados a alguna respuesta que se desea eliminar son emparejados a algún estímulo que ocasiona respuestas desagradables o aversivas, de manera que disminuiría la probabilidad de la respuesta indeseada. Una variante de este procedimiento es la sensibilización encubierta. En este caso, se elicitan las respuestas indeseadas en imaginación y se asocian también en imaginación a algún estímulo aversivo.

190 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

*•*  *Programas de reforzamiento.* Están dirigidos al aumento de determinadas conductas. Para ello, tras especificar de manera concreta las conductas que se desea aumentar, se emplea alguna forma de refuerzo positivo contingentemente a la emisión de estas conductas. El reforzamiento positivo es una estrategia de especial importancia, por ejemplo, en el entrenamiento de padres con el objetivo de modificar conductas problemáticas de los hijos y de promover conductas adaptativas.

*•*  *Modelado*. Consiste en presentar una conducta que se ha de imitar con el propósito de facilitar su aprendizaje. El modelado es un elemento esencial en el aprendizaje de determinadas competencias como son las habilidades sociales.

*•*  *Ensayo conductual.* Consiste en la práctica de las respuestas o competencias que el paciente ha de aprender. La práctica puede llevarse a cabo en situaciones simuladas o de la vida real.

Finalmente, la importancia de la propia relación terapéutica como con-texto en el que se revelan los patrones conductuales-emocionales proble-máticos puede convertirse en un foco importante del proceso terapéutico como ocurre en la terapia conductista denominada psicoterapia analítica funcional.

PSICOTERAPIA COGNITIVA

La Psicoterapia Cognitiva se entiende como la aplicación del modelo cogni-tivo a trastornos psicológicos específicos a través del uso de una variedad de técnicas diseñadas para modificar creencias disfuncionales y modos erróneos de procesamiento de la información que son característicos del trastorno.

Desde este marco teórico, se considera que experiencias de aprendizaje particulares a lo largo del desarrollo están en la base de esquemas cognitivos o creencias que aumentan la vulnerabilidad a las alteraciones psicológicas. Los esquemas o supuestos disfuncionales pueden activarse en condiciones vitales relacionadas con ellos y que, por tanto, tienen un especial significado para la persona. La activación de esquemas o creencias disfuncionales con-duce a sesgos cognitivos en el procesamiento de la información, de los que serían ejemplo los siguientes:

• Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 191

• Sobregeneralización: implica llegar a una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar la conclusión tanto a situaciones relacionadas con ella como a situaciones no relacionadas.

• Abstracción selectiva: se refiere a centrarse en un detalle específico ignorando otras características más relevantes de la situación.

• Magnificación y minimización. Se refiere a errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.

• Personalización: es la tendencia del paciente para atribuirse a sí mismo sucesos externos cuando no hay base para establecer esa conexión.

• Pensamiento absolutista dicotómico: se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias de manera extrema sin contemplar su gradación.

Estos errores o sesgos cognitivos se traducen en valoraciones o inter-pretaciones de especial relevancia en la respuesta emocional y conductual a la situación. Es decir, las reacciones emocionales y conductuales serían una consecuencia directa de dichas valoraciones. Las valoraciones o interpreta-ciones disfuncionales pueden ocurrir de manera automática en el sentido de surgir irreflexivamente en el flujo de la conciencia sin que el paciente consi-dere su adecuación o validez. El paciente asumiría que estos pensamientos automáticos negativos son fiel reflejo de la realidad.

Otro aspecto importante del modelo cognitivo es la consideración de las interacciones entre distintos elementos de la presentación del trastorno en la perpetuación de este. Por ejemplo, las conductas de evitación pueden dificultar la adquisición de competencias sociales que, lo que, a su vez, incre-menta la ansiedad en este tipo de situaciones, la tendencia a la evitación, los pensamientos negativos acerca de sí mismo y así sucesivamente.

La terapia se basa en la evaluación y formulación clínica del problema. En ella se incluyen los factores de predisposición (por ejemplo, ansiedad rasgo, déficits en determinadas competencias, creencias disfuncionales o red social pobre), desencadenantes (por ejemplo, acontecimiento vital perturba-dor) y de mantenimiento (por ejemplo, pensamientos automáticos negativos o conductas de evitación). La formulación o comprensión clínica del proble-ma o trastorno orienta los procedimientos terapéuticos específicos.

Las principales estrategias terapéuticas empleadas en la terapia cog-nitiva son:

*•*  *La reestructuración cognitiva. C*onsiste en el análisis cuidadoso de pensamientos automáticos comunicados por el paciente que son

192 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

relevantes para el problema. En este análisis se trata de especificar de manera concreta el significado subjetivo del pensamiento y las evidencias en las que se basa. Más que intentar refutar las valoraciones problemáticas, el terapeuta realiza preguntas focalizadas en el pensamiento y la evidencia en la que se basa así como en evidencias que podrían cuestionar el pensamiento. La meta es ayudar al paciente a considerar interpretaciones o valoraciones más realistas y adaptativas. Es importante señalar que el desafío de pensamientos automáticos negativos trata de generalizar los cambios de estos patrones cognitivos problemáticos, a través de su práctica repetida, a contextos de la vida diaria de modo que se consoliden cambios.

*•*  *El entrenamiento en solución de problemas*. Esta estrategia se entiende como un recurso que facilita el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés. Consiste en varias fases que son aprendidas en el transcurso de las sesiones de terapia con el objetivo de ser empleadas en situaciones problemáticas a las que la persona se ve confrontada. En concreto, las fases del entrenamiento en solución de problemas son las siguientes:

— Orientación hacia el problema.

— Definición concreta del problema.

— Generación de posibles soluciones.

— Examen de las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones generadas.

— Elección de la solución preferida.

— Puesta en práctica de la solución.

— Evaluación de los resultados.

*•*  *Experimentos conductuales.* El paciente podría hacer determinadas predicciones negativas que conducen a conductas problemáticas como son las conductas de evitación o de búsqueda de seguridad excesivas. La planificación, durante la sesión de terapia, y la puesta en práctica de cambios en ese tipo de conductas podría ayudar al paciente a comprobar la adecuación de las predicciones negativas, y, en caso de ser inadecuadas, conducir a cambios en el patrón cognitivo disfuncional.

Una característica central de la terapia cognitiva es su énfasis en el cambio de patrones cognitivos problemáticos como son los pensamientos automáticos negativos y, en último término, creencias o esquemas disfuncio-nales que están en la base de estos. El objetivo es facilitar el afrontamiento de situaciones asociadas a la perturbación emocional y, en consecuencia, me-jorar la calidad de vida y el ajuste emocional y psicosocial a largo plazo.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 193

Aunque modelo cognitivo y modelo conductual parten de supuestos diferentes para la explicación de los trastornos psicológicos1, la terapia cog-nitiva, junto a las técnicas cognitivas señaladas, utiliza sistemáticamente téc-nicas conductuales (por ejemplo, programación de actividades gratificantes o entrenamiento en determinadas competencias). Por ello, la terapia se de-nomina habitualmente cognitivo-conductual.

Finalmente, a pesar de que en sus inicios el modelo y la terapia cogni-tiva se aplicaron preferentemente a los trastornos emocionales (por ejem-plo, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico) a lo largo del tiempo otros trastornos han sido objeto de investigación y análisis desde este marco teórico, lo que ha derivado en intervenciones clínicas aplicadas a ellos (por ejemplo, trastornos de la per-sonalidad, trastornos somatoformes y síntomas psicóticos positivos con mala respuesta al tratamiento psicofarmacológico).

Así, la terapia dialéctico-conductual es una terapia derivada de las téc-nicas cognitivas y conductuales, desarrollada por Linehan264, que fue espe-cíficamente diseñada para el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, aunque se ha empleado con éxito en adolescentes con depresión y conducta suicida así como en otras patologías. Existen dos par-tes esenciales en el tratamiento, las sesiones de terapia individual, en las que se trabajan las competencias, y las sesiones grupales, en donde se aprende a usar habilidades específicas.

La terapia dialéctico-conductual, junto con otras terapias como la de aceptación y compromiso o la analítico-funcional, han sido denominadas te-rapias de tercera generación, puesto que son las variantes más recientes de la TCC.

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

El término psicoterapia psicodinámica se refiere a un conjunto heterogéneo de intervenciones psicológicas que se derivan de la teoría psicoanalítica. Varias implementaciones de esta forma de tratamiento enfatizan diferentes aspectos, que incluyen: a) nociones del conflicto psíquico como un aspecto habitual de

* Básicamente, las formulaciones conductuales consideran que los síntomas son una consecuencia de procesos de aprendizaje. Por ejemplo, de la ausencia de control sobre el ambiente (o indefensión aprendida) o de la carencia de repertorios de conducta reforzados positivamente. Desde este enfoque, los pensamientos negativos característicos de la depresión serían un aspecto más derivado de esos procesos aprendizaje y no tendrían un papel causal en las manifestaciones depresivas. La teoría cognitiva, por el contrario, considera en su explicación de la depresión que procesos de aprendizaje como los señalados estarían en la base de esquemas o creencias disfuncionales con un papel causal en la génesis del trastorno.

194 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

la experiencia humana; b) la organización interna de la mente para evitar el displacer que surge del conflicto y maximizar la experiencia de seguridad; c) el uso de estrategias defensivas para la manipulación adaptativa de ideas y experiencia con el objetivo de minimizar el displacer; d) un enfoque evolutivo de la psicopatología entendida como producto de las consecuencias adversas a largo plazo de adaptaciones en las primeras fases del desarrollo; e) la orga-nización de la experiencia en términos de representaciones internas de las relaciones entre el self y los otros a lo largo del ciclo vital y f) la reemergencia esperable de esas experiencias en la relación con el terapeuta. Las psicotera-pias psicodinámicas son sobre todo verbales e interpretativas, y se dirigen a la reestructuración de las representaciones de las relaciones, predominantemen-te, pero no exclusivamente, a través del uso del insight265.

Siguiendo a Coderch266, se podrían distinguir instrumentos técnicos ca-racterísticos de la psicoterapia de apoyo e instrumentos técnicos propios de la psicoterapia psicoanalítica que presentan una gradación progresiva en lo que concierne a un conocimiento y concienciación, por parte del paciente, de su conflictiva intrapsíquica y de los procesos inconscientes que se hallan en la base de sus trastornos.

De las técnicas de psicoterapia que se describen a continuación las tres primeras serían propias de la psicoterapia de apoyo y las tres últimas de la psicoterapia psicoanalítica266:

*•*  *Sugestión*: es el procedimiento técnico que trata de producir en el paciente determinadas ideas, impulsos y formas de comportamiento, o, por el contrario, hacer desaparecer otras ideas, etc., independientemente de su juicio lógico o racional, amparándose, únicamente en el prestigio y autoridad que ante él posee el terapeuta.

*•*  *Abreacción*: consiste en facilitar al paciente la descarga emocional de sus afectos, a través de la verbalización de aquellos hechos o circunstancias que se hallan ligados, consciente o inconscientemente, a ellos.

*•*  *Aconsejamiento*: se mezcla con la sugestión. El terapeuta ofrece indicaciones acerca de nuevas pautas de conducta, alternativas, maneras de resolver situaciones difíciles, caminos a seguir, etc.

*•*  *Confrontación*: en las confrontaciones el terapeuta intenta dirigir la atención del paciente hacia situaciones, conflictos y alternativas que, aun cuando no inconscientes, aquel puede no tener en cuenta en un momento dado o pasar por alto con excesiva rapidez. También es utilizada para focalizar la conciencia del paciente hacia determinadas circunstancias que merecen una reflexión más detenida y cuidadosa de

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 195

la que les otorga, o para promover en él un estudio más preciso acerca de sus propias actitudes frente a los otros, ante sí mismo y frente a las diversas situaciones ambientales, o para sopesar más precisamente la calidad y contenido de sus experiencias y respuestas a estas.

*•*  *Clarificación*: en la clarificación, el terapeuta intenta ayudar al paciente a tener un mayor conocimiento de sus sentimientos, de sus formas de relación consigo mismo y con los demás y del significado de su comportamiento a fin de obtener una más precisa comprensión de la organización de su personalidad y de la estructura de sus sistemas de respuesta frente al mundo en el cual vive. Técnicamente, el terapeuta, en su intento de clarificación, resume de una forma más exacta e inteligible aquello que considera esencial del material ofrecido por el paciente

*•*  *Interpretación*: partiendo de la comunicación con el paciente, el terapeuta trata de explicarle aquellos procesos mentales inconscientes que se expresan a través de tal comunicación y que son el verdadero motor de su comportamiento, y, especialmente, de los síntomas clínicos y dificultades personales.

A lo largo del tiempo, el enfoque psicodinámico y la teoría psicoanalíti-ca ha tenido elaboraciones y han surgido desacuerdos respecto a algunos de los supuestos y principios inicialmente propuestos por Freud. Fruto de ello se han desarrollado modelos que difieren en mayor o menor medida y que han dado lugar a formas de psicoterapia psicodinámica particulares (por ejemplo, la psicoterapia individual adleriana, la psicoterapia psicodinámica interpersonal basada en la aportación de Sullivan, el psicoanálisis lacania-no o la psicoterapia psicodinámica basada en la teoría de las relaciones de objeto). Por otra parte, algunas formas de psicoterapia aun partiendo de los supuestos psicodinámicos (psicoanalíticos) tradicionales ponen el énfasis en procedimientos técnicos específicos como es el caso de las psicoterapias psi-codinámicas breves o la psicoterapia psicodinámica de apoyo. Estas psicote-rapias psicodinámicas pueden considerarse una extensión del psicoanálisis en las que se da una mayor directividad y focalización en metas concretas de alcance más limitado. A diferencia del psicoanálisis tradicional, el enfoque de la psicoterapia es a corto plazo.

TERAPIA FAMILIAR

Aunque, cuando sea el caso, los distintos enfoques psicoterapéuticos pueden emplearse en un formato familiar, este enfoque pone el énfasis de su expli-cación de la psicopatología en patrones de comunicación familiar disfun-cional y en la noción de sistema, basándose en la teoría de la comunicación humana y en la teoría general de sistemas.

196 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

La teoría de la comunicación humana267 identifica comportamiento con comunicación: toda conducta tiene un valor de mensaje y todo mensaje es un comportamiento susceptible de ser modificado

La teoría general de sistemas268 sostiene la imposibilidad de compren-der un sistema a través del examen por separado de los elementos que lo componen. Para la comprensión de los sistemas es preciso considerar las relaciones entre los elementos individuales y las reglas subyacentes que los gobiernan.

Aplicada a la psicopatología, la teoría de los sistemas alude a conceptos como la causalidad mutua en el desarrollo y mantenimiento del problema, la inflexibilidad de las reglas que gobiernan el sistema que dificulta la adap-tación a los cambios y eventos estresantes y que lleva a desequilibrios que se manifiestan como alguna forma de psicopatología o la función que puede cumplir la conducta sintomática en la regulación del sistema familiar.

El modo de concebir la psicopatología implica que esta psicoterapia sea preferentemente aplicada en un formato familiar.

Gotlib y Colby269 señalan los principios generales de esta aproximación a la terapia:

1. La meta central de la terapia es promover cambios en las pautas de comunicación familiar y conductas que interrumpen las secuencias implicadas en los problemas que llevaron a la familia a terapia.
2. El foco terapéutico es el aquí y ahora más que sucesos de la historia familiar.
3. El terapeuta es un participante activo en el proceso terapéutico.
4. El terapeuta adopta un enfoque de solución de problemas.
5. El terapeuta explora los patrones de interacción familiar implicados en el mantenimiento del problema.
6. La terapia es generalmente a corto plazo.
7. El terapeuta amplía el foco a la familia sin circunscribirse a la conducta sintomática.
8. El énfasis de las sesiones de terapia es el proceso más que el contenido.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 197

En el enfoque familiar de la psicoterapia se pueden distinguir cuatro modalidades principales, que, aun partiendo de principios compartidos (de-rivados de la teoría de la comunicación y de los sistemas), ponen especial énfasis en determinados aspectos conceptuales y tienen características dis-tintivas o variantes en los procedimientos terapéuticos específicos:

1. La terapia comunicacional estratégica
2. La terapia familiar estratégica
3. La terapia familiar estructural
4. La terapia familiar sistémica

TERAPIA INTERPERSONAL

La terapia interpersonal es una forma de tratamiento de particular interés para esta guía, dado que se ha probado su eficacia en varios estudios con-trolados con pacientes deprimidos y nació específicamente como terapia de mantenimiento para la depresión mayor. Sus fundadores son Klerman y Weissman143 y ha sido adaptada para su utilización con adolescentes.

La terapia interpersonal se focaliza en cuatro aspectos clínicamente relevantes en los trastornos depresivos:

1. El duelo. La intervención terapéutica en este área implica ayudar al paciente a reconstruir la relación con la persona perdida facilitando la expresión emocional y elaboración del pesar, así como potenciando el establecimiento de nuevas relaciones.
2. Los conflictos interpersonales en distintos ámbitos (marital, familiar, social y laboral). Ocurren cuando el paciente y otras personas tienen expectativas diferentes de una situación y ese conflicto es de la magnitud suficiente como para provocar un malestar significativo. La intervención supone la identificación de las fuentes de incomprensión del punto de vista del otro que se produce por problemas en la comunicación así como las expectativas irrazonables o inválidas que se pueden mantener. A partir de aquí, se aplican procedimientos de entrenamiento en comunicación, solución de problemas u otras técnicas que ayuden a facilitar un cambio en la situación conflictiva.
3. Las transiciones de rol. Se refiere a situaciones en las que el paciente tiene que adaptarse a un cambio en su vida y circunstancias. Estos cambios pueden derivarse de crisis del desarrollo, ajustes frente a

198 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

cambios en el terreno laboral o social así como de la ocurrencia de eventos vitales perturbadores como son las situaciones de pérdida afectiva. En la terapia interpersonal se identifican las fuentes de dificultad en la adaptación al nuevo rol y se buscan modos de afrontamiento de estas.

1. Los déficits en las relaciones interpersonales. Se refiere a aspectos de la conducta interpersonal tales como dependencia u hostilidad excesivas que contribuyen a un pobre ajuste social. En el marco de la relación terapéutica se intentarían cambios adaptativos en dichas pautas de conducta.

Como es obvio, en este tratamiento psicológico se prioriza el aspecto interpersonal del comportamiento, pero no es una terapia familiar. Al mis-mo tiempo, se focaliza en los problemas que pueden justificar la depresión, pero tampoco es una terapia de resolución de problemas. Es un enfoque que toma ideas y técnicas de otras escuelas y las organiza de una forma original. Así, de manera característica, se emplean conceptos y técnicas de la terapia cognitivo-conductual, experiencial y de apoyo.

Por tanto, la terapia interpersonal no se adscribe a una escuela teórica específica, pero habría que señalar como principales influencias en su desa-rrollo la psiquiatría interpersonal de Sullivan y Meyer y la teoría del apego de Bowlby.

A lo largo del tiempo, desde su puesta en escena como forma de trata-miento de los trastornos depresivos, la terapia interpersonal se ha adaptado a las peculiaridades de otras psicopatologías como la bulimia nerviosa, la somatización, el abuso de sustancias o el trastorno de estrés postraumático.

La terapia tiene una duración aproximada de entre 12 y 16 sesiones de una hora, con una frecuencia semanal, que se estructuran en una primera fase de evaluación (normalmente las dos las primeras dos entrevistas). A la fase de evaluación le sigue la fase de intervención terapéutica, focalizada en las áreas interpersonales señaladas a lo largo de sesiones siguientes. Las últimas dos sesiones se centran en la terminación de la terapia.

BIBLIOTERAPIA

Es una forma de terapia en la que se selecciona material escrito para que el paciente lea con el fin de tratar sus problemas emocionales y de comporta-miento. Se caracteriza por utilizar un formato y modo de aplicación especial y no tanto por la pertenencia a una escuela determinada.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 199

La biblioterapia puede orientarse desde cualquier enfoque psicotera-péutico. Se considera que la intervención del profesional es mínima y que la lectura de los textos da lugar a un proceso de autoayuda a través de la reflexión del propio paciente. Solo ocasionalmente se comentan estas re-flexiones con el profesional.

200 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

16. Bibliografía

* World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization;

2007 [citado 1 Abr 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mental\_health/ management/depression/ definition/en/.

* Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349(9064): 1498-504.
* Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. 2006 [citado 14 Mar 2008]; Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/ encuestaNacional/ encuesta2006.htm.
* Canals J, Martí-Heneberg C, Fernández J, Domènech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. Europ Child Adolesc Psychiatry. 1995;4(2):102-11.
* Doménech E, Subirá S, Cuxart F. Trastornos del estado del ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En: Buendía, J (Dir.). Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales. Madrid: Pirámide; 1996.
* Escriba R, Maestre C, Amores P, Pastor A, Miralles E, Escobar F. Prevalencia de depresión en adolescentes. Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):298-302.
* Alaéz M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema. 2000;12(4):525-32.
* Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression: Epidemiology, etiological models and treatment implications. Integr Psychiatry. 1988;6:1-8.
* Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:837-44.

1. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part 1. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1996;35(11):1427-39.
2. Son SE, Kirchner JT. Depression in children and adolescents. Am Fam Physician. 2000;62(10):2297-308, 311-2.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 201

1. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. Biol Psychiatry. 2001;49(12):1002-14.
2. Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. Am J Psychiatry. 1980;137(4):445-9.
3. Petti TA. Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to

measuring depression. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1978;17(1): 49-59.

1. Fleming J, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1990;29:571-80.
2. 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.
3. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the national comorbidity survey: II. Cohort effects. J Affective Disorders. 1994;30:15-26.
4. Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. Psychol Med. 1999;29:1043-53.
5. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva P, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. J Abnormal Psychology. 1998;107:128-40.
6. Costello EJ. Children psychiatric disorders and their correlates: primary care pediatric sample. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1989;28:851-5.
7. Bird HR, Gould MS, Yager T, Staghezza B, Cannino G. Risk factors for maladjustment in Puerto-Rican children. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1989;28(6):847-50.
8. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. Psychol Med. 2003;33:1341-55.
9. Biederman J, Faraone S. Psychiatric co-morbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1995;34:579-90.
10. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood. A Longitudinal study of characteristics and recovery. Arch Gen Psychiatry. 1984;41:229-37.

202 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood. A longitudinal study of the risk for subsequent major depression. Arch Gen Psychiatry. 1984;41:643-9.
2. Anderson JC, McGee R. Co-morbidity of depression in children and adolescent. En: Reynolds WM, Johnson HF, editores. Handbook of depression in children and adolescents. New York: Plenum; ; 1994.
3. Angold A, Costello EJ. Depressive co-morbidity in children and adolescents. Empirical, theoretical, and methodological issues. Am J Psychiatry. 1993;150(12):1779-91.
4. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood onset depressive disorder: a longitudinal investigation. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1993;32:8-20.
5. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. JAMA. 1999;281(12):1707-13.
6. Kandel D, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. Arch Gen Psychiatry. 1986;43:255-62.
7. Harrington R. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psiquiatric status. Arch Gen Psychiatry. 1990;47(5):465-73.
8. Marcelli D. Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal. Barcelona: Masson. 1992.
9. Alonso-Fernández F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor; 1988.
10. 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.
11. Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. Ann N Y Acad Sci. 2001;932:106-28.
12. World Health Organization. Suicide prevention and special programmes. Geneva: World Health Organization; 2008 [citado 7 Abr 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mental\_health/ prevention/suicide/country\_reports/en/ index.html
13. Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2006. Inf Ter Sist Nac Salud. 2007;31(4):130-5.
14. Serna C, Galván L, Gascó E, Santafé P, Martín E, Vila T. Evolution in consumption of anti-depressants during the years 2002 to 2004. Aten Primaria. 2006;38(8):456-60.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 203

1. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. nstituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2006. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/01.
2. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version. 2004 [citado 7 Abr 2008]. Disponible en: http://www.agreecollaboration.org.
3. National Institute of Mental Health Advisory Council Workgroup Report: Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health. Bethesda, Maryland, National Institute of Mental Health, 2001.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developers’

handbook. Edinburgh: SIGN; 2004 [ citado 6 Jul 2007]. Disponible en:http:// www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/.

1. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, Lacalle JR, Lazaro P et al. Método de Análisis de la Adecuación de los Procedimientos Clínicos de RAND/UCLA.(“The RAND/UCLA Appropriateness Metod User’s Manual”). [consultado 8 Ene 2009]. Disponible en: http://www.gestionclinica. pfizer.es/servicios+online/documentos+de+referencia/09\_documentos.htm.
2. Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas Fisterra. 2003 [citado 1 octubre 2007]; Disponible en: http://www.fisterra.com/ guias2/depresion.asp
3. Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. Child and

Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Blackwel Publising; 2005.

1. Yunes R, Braier M. Depresión en niños y adolescentes. Biblioteca consulta PSI Infancia y Adolescencia [Internet]. Capital Federal - República Argentina: Psygnos web recursos informáticos; 2008 [citado 7 abr 2008]. Disponible en: http://www.psygnos.net/biblioteca/articulos/infancia/yunes\_depre.htm.
2. Acuña R, Ausejo M, Cruz MA, Fernández I, Graell M, Herráez C, et al. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la depresión infanto-juvenil. En: Recomendaciones farmacoterapeúticas en Salud Mental, febrero/2006-Nº3, 1-19. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.
3. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? . Am J Psychiatry. 1999;156:133-5.
4. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry. 1998;55:56-64.

204 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson; 2003.
3. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid: Médica panamericana; 2001.
4. Birmaher B, Williamson DE, Dahl RE, Axelson DA, Kaufman J, Dorn LD, et al. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(1):63-70.
5. Weller EB, Weller RA, Danielyan AK. Mood disorders in adolescents. En: Wiener JM, Dulcan MK, editores. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2004.
6. Weller EB, Weller RA, Danielyan AK. Mood disorders in prepubertal children. En: Wiener JM, Dulcan MK, editores. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2004.
7. Chambers WJ, Puig-Antich J, Tabrizi MA, Davies M. Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1982;39(8):921-7.
8. Ulloa RE, Apiquian R, de la Peña F. Comorbilidad en Psiquiatría Infantil. En: Gutierrez JR, Rey F, editores. Planificación Terapéutica de los Trastornos Psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: SmithKline-Beecham, 2000. p. 1345-54.
9. Ruiz Lozano MJ, Gómez-Ferrer C. Trastornos depresivos en el niño y adolescente. En: Ballesteros C, coordinador. Práctica Clínica Paidopsiquiátrica. Historia Clínica. Guías Clínicas. Madrid: Adalia; 2006. p. 203-9.
10. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry. 2003;40(1):57-80.
11. Argimón Pallás J, Jiménez Villa J. Inferencia causal. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona: Harcourt; 2000. p. 265-272. 2000.
12. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Selección de pruebas diagnósticas. En: Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P, editores. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1994.p.62-78.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 205

1. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Insitute for Health and Clinical Excellence; 2005 [citado 8 ene 2008]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/ nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf
2. Garber J. Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. Am J Prev Med. 2006;31(6 Suppl 1):104-25.
3. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Nov;46(11):1503-26.
4. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 2007 Nov;120(5):e1299-312.
5. Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2005;35(1):6-24.
6. Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para lso trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Psicothema. 1999;11(4):939-56.
7. Le HN, Boyd RC. Prevention of major depression: Early detection and early intervention in the general population. Clin Neuropsychiatry. 2006;3(1):6-22.
8. Aslund C, Nilsson KW, Starrin B, Sjoberg RL. Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16(5):298-304.
9. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. American Family Physician. 2007;75(1):74-80.
10. Dopheide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. Am J Health Syst Pharm. 2006;63(3):233-43.
11. Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, et al. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. J Affect Disord. 2004;83(2-3):143-54.
12. Torgersen S. Genetic epidemiology of major depression. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(Suppl. 1):25-7.
13. Rice F, Harold GT, Thapar A. The Link between depression in mothers and offspring: an extended twin analysis. Behav Genet. 2005 Sep;35(5):565-77.

206 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Cuijpers P, van Straten A, Smits N, Smit F. Screening and early psychological intervention for depression in schools : systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006;15(5):300-7.
2. Kovacs M. The Children´s Depression Inventory Manual. New York: Multi-Health Systems, Inc. 1992.
3. del Barrio MV, Roa ML, Olmedo M, Colodrón F. Primera adaptación del CDI-S a población española. Acción Psicológica 2002;1(3):263-72.
4. Frias D, del Barrio V, Mestre V. Children Depresión Inventory. Evaluación Psicológica. 1991;7:377-91.
5. Reynolds WM. Reynolds Adolescent Depression Scale: Professor Manual.

Odessa, Florida: Psychological Assesment Resources. 1987.

1. del Barrio V, Colondrón MF, de Pablo C, Roa ML. Primera adaptación española de las escalas de depresión de Reynolds RCDS y RADS a población española. RIDEP. 1996;2:75-100.
2. Reynolds WM. Reynolds Child Depression Scale Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1989.
3. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory-Second Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1996.
4. Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta. 2003;29:239-88.
5. Sanz J, Perdigón A, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud. 2003;14:249-80.
6. Sanz J, García MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud. 2005;16:121-42.
7. Leblanc JC, Almudevar A, Brooks SJ. Screening for adolescent depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Scale with the Beck Depression Inventory. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2002;12:113-26.
8. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. J Adolesc Health. 2002;30(3):196-204.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 207

1. Domènech-Llaberia E, Polaino-Lorente A. La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. Rev Psiquiatr Fac Med Barc. 2003;17(3):105-13.
2. Radloff LS. The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;1:385-401.
3. Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Figueres M, Álvarez E. Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depresion (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1997;25:243-94.
4. Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J. A symptom self-report measure for preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990;29(4):594-600.
5. Jellinek M, Evans N, Knight RB. Use of a behavior checklist on a pediatric inpatient unit. J Pediatr. 1979;94:156-8.
6. Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington. TV: University Associates in Psychiatry. 1985.
7. Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G, Gould M. The internal consistency and concurrent validity of a spanish translation of the child behavior checklist. J Abnorm Child Psychol. 1990;18(4):393-406.
8. Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the Youth Self-Report and Profile. Burlintong, Vermont: University of Vermont, Departament of Psychiatry. 1987.
9. Lemos S, Fidalgo AM, Calvo P, Menéndez P. Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. Análisis y modificación de Conducta. 1992;3(2):183-94.
10. Wood A, Kroll L, Moore A, Harrington R. Properties of the mood and feelings questionnaire in adolescent psychiatric outpatients: a research note. J Child Psychol Psychiat 1995;36:327-34.
11. Caballo VE. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos : trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Pirámide; 2006.
12. Moreno C, Arango C, Parellada M, Shaffer D, Bird H. Antidepressants in child and adolescent depression: Where are the bugs? Acta Psychiatr Scand. 2007;115(3):184-95.
13. Bulbena A, Berrios GE, Fernández P. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. Masson, 2003.

208 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Molina A. Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc. 2001;2(1):23-40.
2. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:980-88.
3. Ulloa S, Ortiz F, Higuera I, Nogales A, Fresán R, Apiquian J, et al. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). Actas Esp Psiquiatr. 2006;34(1):36-40.
4. Costello EJ, Edelbrock CS, Costello AJ. Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: a comparison between psychiatric and paediatric referrals. J Abnorm Child Psychol. 1985;13:579-95.
5. Bravo M, Ribera J, Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout, P, Ramírez R, et al. Test Retest Reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV).J Abnorm Child Psychology. 2001;29(5):433-44.
6. Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. J Abnorm Child Psychol. 1982;10:307-24.
7. Ezpeleta L, de la Osa M, Doménech JM, Navarro JB, Losilla JM. La Diagnostic Interview for Children and Adolecent-DICA-R: Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. Rev de Psiquiatr Fac Med Barc. 1995;22(153-63).
8. Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:39-48.
9. Goodman R, Ford T, Richards H, al. e. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 2000;41:645-55.
10. Poznanski EO, Grossman JA, Buchbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children´s Depression Scale. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1984;23:191-97.
11. Polaino A, Domenèch E. La depresión en los niños españoles de 4º de EGB. Barcelona: Geigy; 1988.
12. Moor S, Maguire A, McQueen H, Wells EJ, Elton R, Wrate R, et al. Improving the recognition of depression in adolescence: can we teach the teachers? J Adolesc. 2007 Feb;30(1):81-95.
13. Collins KA, Wolfe VV, Fisman S, DePace J, Steele M. Managing depression in primary care: Community survey. Can Fam Physician. 2006;52(7):878-9.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 209

1. Klein DN, Dougherty LR, Olino TM. Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol. 2005 Sep;34(3):412-32.
2. Singapore Ministry of Health. Depression. Clinical Practice Guidelines. Singapore: Singapore Ministry of Health Mar 2004.
3. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. Ann Intern Med. 2002 May 21;136(10):760-4.
4. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW, et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Cmaj. 2005 Jan 4;172(1):33-5.
5. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. Psychol Bull. 2006;132(1):132-49.
6. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Informe Nº.: avalia-t 2006/06.
7. Klein JB, Jacobs RH, Reinecke MA. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-Analytic Investigation of Changes in Effect-Size Estimates. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(11):1403-13.
8. McCarty CA, Weisz JR. Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What We Can (and Can’t) Learn from Meta-Analysis and Component Profiling. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(4):879-86.
9. Beck AT, Rush A. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press;; 1979.
10. Verdeli H, Mufson L, Lee L, Keith JA. Review of Evidence-Based Psychoterapies for Pediatric Mood and Anxiety Disorders. Current Psychiatry Reviews. 2006;2(3):395-421.
11. Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43(8):930-59.
12. Albano AM, Krain AL, Podniesinski E, Ditkowsky KS. Cognitive-behavior therapy with children and adolescents. In: Wright JH, editor. Cognitive

210 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

behaviour therapy: review of psychiatry series: volume 23. Washington DC:

American Psychiatric Publishing. 2004:123-50.

1. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004;292(7):807-20.
2. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(10):1132-43.
3. Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(10):1151-61.
4. Vostanis P, Feehan C, Grattan E, Bickerton W. A randomised controlled out-patient trial of cognitive-behavioural treatment for children and adolescents with depression: 9-month follow-up. J Affect Disord. 1996;40(1-2):105-16.
5. Wood A, Harrington R, Moore A. Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. J Child Psychol Psychiatry. 1996 Sep;37(6):737-46.
6. Brent D, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(9):877-85.
7. Rossello J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. J Consult Clin Psychol. 1999;67(5):734-45.
8. Reynolds WM, Coats KI. A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. J Consult Clin Psychol. 1986;54(5):653-60.
9. Stark KD, Reynolds WM, Kaslow NJ. A comparison of the relative efficacy of selfcontrol therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. J Abnorm Child Psychol. 1987;15:91-113.
10. Kahn JS, Kehle TJ, Jensen WR, Clark E. Comparison of cognitive-behavioural, relaxation, and self-modelling interventions for depression among middle-school students. School Psychology Review. 1990;19(2):196-211.
11. Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, Andrews J. Cognitive-behavioral group treatment of depression in adolescents. Behavior Therapy. 1990;21:385-401.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 211

1. Weisz JR, Thurber CA, Sweeney L, Proffitt VD, LeGagnoux GL. Brief treatment of mild to moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. J Consult Clin Psychol. 1997;65(4):703-7.
2. Clarke G, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(3):272-9.
3. Clarke G, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, O’Connor E, et al. Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(3):305-13.
4. Rohde P, Clarke GN, Mace DE, Jorgensen JS, Seeley JR. An efficacy/ effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(6):660-8.
5. Hyun MS, Chung HI, Lee YJ. The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. Appl Nurs Res. 2005;18(3):160-6.
6. Rohde P, Seeley JR, Kaufman NK, Clarke GN, Stice E. Predicting time to recovery among Deppresed Adolescents treated in two psychosocial group interventions. J Consult Clin Psychol. 2006;74(1):80-8.
7. Klerman G, Weissman M, Rousanville B. Interpersonal psychotherapy of Depression. New York: Basic Books; 1984.
8. Brunstein-Klomek A, Zalsman G, Mufson L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). Isr J Psychiatry Relat Sci. 2007;44(1):40-6.
9. Mufson L, Moreau D,Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. New York, NY: Guilford Publications. 1993.
10. Young JF, Mufson L, Davies M. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: An indicated preventive intervention for depression. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(12):1254-62.
11. Young JF, Mufson L, Davies M. Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(8):904-12.
12. Mufson L, Weissman M, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(6):573-9.
13. Mufson L, Dorta K, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman M. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(6):577-84.

212 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Feixas G, Miró M. Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los

tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós. 1993.

1. Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clemente C, Almqvist F, Soininen M, et al. Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16(3):157-67.
2. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(10):1190-6.
3. Henken HT, Huibers MJH, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Terapia familiar para la depresión (Revisión Cochrane traducida) [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD006728 [actualizado 23 may 2007; citado 1 jun 2008]. Disponible en: http://212.169.42.7/ newgenClibPlus/pdf/CD006728.pdf.
4. Tompson MC, Pierre CB, Haber FM, Fogler JM, Groff AR, Asarnow JR. Family-focused treatment for childhood-onset depressive disorders: results of an open trial. Clin Child Psychol Psychiatry. 2007;12(3):403-20.
5. Littell JH, Popa M, Forsythe B. Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD004797 [actualizado 24 ago 2005; citado 11 jun 2008]. Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/ CD004797.pdf
6. Joint Royal College of Paediatrics and Child Health/Neonatal and Paediatric Pharmacists Group Standing Committee on Medicines. The Use of Unlicensed Medicines or Licensed Medicines for Unlicensed Applications in Paediatric Practice-Policy Statement. Royal College of Paediatrics and Child Health. London, 2002.
7. Duff G. Selective serotonin reunptake unhibitors-use in children and adolescents with major depressive disorder. 2003 [citado 10 diciembre 2003]; Disponible en: http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/ safetymessages/seroxat18.pdf
8. US Food and Drug Administration. FDA Public Health Advisory. Suicidality in Children and Adolescents Being Treated With Antidepressant Medications. 15 octubre 2004 [citado 13 junio 2008]; Disponible en: http://www.fda.gov/ cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm
9. European Medicines Agency. European Medicines Agency finalises review of antidepresants in children and adolescents. London:EMEA European Medicines Agency Press office; 2005 [citado 19 jun 2008]. Disponible en: http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/12891805en.pdf

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 213

1. European Medicines Agency. European Medicines Agency adopts a positive opinion for the use of Prozac in the treatment of children and adolescents suffering from depression. London:EMEA European Medicines Agency Press office; 2006 [citado 18 jun 2008]. Disponible en: http://www.emea.europa.eu/ pdfs/human/press/pr/20255406en.pdf
2. European Medicines Agency. Assessment of the paediatric needs psychiatry. London:EMEA European Medicines Agency Press office; 2007 [citado 18 jun 2008]. Disponible en: http://www. emea.europa.eu/pdfs/human/ paediatrics/28891707en.pdf
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Información de la Agencia Española de Medicamentos (2005 y 2006): ISRS en el tratamiento depresivo mayor de niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005-2006 [citado 19 jun 2008]. Disponible en: http://www.agemed. es/profHumana/gpt/home.htm
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota informativa. Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 18 jun 2008]. Disponible en: http://www.agemed.es/profHumana/gpt/ home.htm
5. US Food and Drug Administration. Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults. Rockville, Maryland: US Food and Drug

Administration. FDA Public Health Advisory; 2007 [citado 17 jun 2008]. Disponible en: http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm

1. Tsapakis EM, Soldani F, Tondo L, Baldessarini RJ. Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2008;193(1):10-7.
2. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. World J Biol Psychiatry. 2007;8(2):67-104.
3. Papanikolaou K, Richardson C, Pehlivanidis A, Papadopoulou-Daifoti Z. Efficacy of antidepressants in child and adolescent depression: a meta-analytic study. J Neural Transm. 2006;113(3):399-415.
4. Almeida-Montes LG, Friederichsen A. Treatment of major depressive disorder with fluoxetine in children and adolescents. A double-blind, placebo-controlled study. [Spanish]. Psiquiatria Biologica.12(5):198-205.
5. Usala T, Clavenna A, Zuddas A, Bonati M. Randomised controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Eur Neuropsychopharmacol. 2008;18(1):62-73.

214 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Curry J, Rohde P, Simons A, Silva S, Vitiello B, Kratochvil C, et al. Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(12):1427-39.
2. Hetrick S MS, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para los trastornos depresivos en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD004851 [actualizado 30 de mar 2007; citado 11 jun 2008]. Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD004851.pdf
3. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe Rm, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA. 2007;297(15):1683-96.
4. Wallace AE, Neily J, Weeks WB, Friedman MJ. A cumulative meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in pediatric depression: Did unpublished studies influence the efficacy/safety debate? . J Child Adolesc Psychopharmacol. 2006;16(1):37-58.
5. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein RE. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. Pediatrics. 2007 Nov;120(5):e1313-26.
6. Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS, et al. Sertraline Pediatric Depression Study Group. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. JAMA. 2003;290(8):1033-41.
7. Wagner KD, Robb AS, Findling RL, Jin J, Gutierrez MM, Heydorn WE. A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. Am J Psychiatry 2004;161(6):1079-83.
8. von Knorring AL, Olsson GI, Thomsen PH, Lemming OM, Hulten A. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder. J Clin Psychopharmacol. 2006;26(3):311-5.
9. Wagner KD, Jonas J, Findling RL, Ventura D, Saikali K. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopram in the treatment of pediatric depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(3):280-8.
10. Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL, Nightingale-Teresi J, Carmody T, Hughes CW, et al. Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents. Am J Psychiatry. 2008;165(4):459-67.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 215

1. Treatment for Adolescents with Depression Study Team. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): demographic and clinical characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44(1):28-40.
2. Treatment for Adolescents With Depression Study Team Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): rationale, design, and methods. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(5):531-42.
3. Vitiello B, Rohde P, Silva S, Wells K, Casat C, Waslick B, et al. Functioning and quality of life in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006 Dec;45(12):1419-26.
4. March J, Silva S, Vitiello B. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): methods and message at 12 weeks. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(12):1393-403.
5. Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. BMJ. 2007;335(7611):142.
6. Clarke G, Debar L, Lynch F, Powell J, Gale J, O’Connor E, et al. A Randomized Effectiveness Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Depressed Adolescents Receiving Antidepressant Medication. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 09;44(9):888-98.
7. Riggs PD, Mikulich-Gilbertson SK, Davies RD, Lohman M, Klein C, Stover SK. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy in adolescents with major depression, behavior problems, and substance use disorders. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(11):1026-34.
8. Hommel KA, Chaney JM, Wagner JL, Jarvis JN. Learned helplessness in children and adolescents with juvenile rheumatic disease. J Psychosom Res. 2006;60(1):73-81.
9. Kennard B, Silva S, Vitiello B, Curry J, Kratochvil C, Simons A, et al. Remission and residual symptoms after short-term treatment in the Treatment of Adolescents with Depression Study (TADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006 Dec;45(12):1404-11.
10. Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. JAMA. 2008;299(8):901-13.
11. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. Health Technol Assess. 2005 Mar;9(9):1-156, iii-iv.

216 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Stein D, Weizman A, Bloch Y. Electroconvulsive therapy and transcranial magnetic stimulation: can they be considered valid modalities in the treatment of pediatric mood disorders? Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006 Oct;15(4):1035-56, xi.
2. Ghaziuddin N, Kutcher SP, Knapp P, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, et al. Practice parameter for use of electroconvulsive therapy with adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(12):1521-39.
3. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2003: 36.
4. Gould R, Clum G. A meta-analysis of self-help treatment approaches. Clin Psychol Rev. 1993;13:169-86.
5. Burns D. Sentirse bien. *Una nueva terapia para las depresiones*. Barcelona: Paidós; 1999.
6. Jorm AF, Allen NB, O’Donnell CP, Parslow RA, Purcell R, Morgan AJ. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression in children and adolescents. Med J Aust. 2006;185(7):368-72.
7. Ackerson J, Scogin F, McKendree-Smith N, Lyman RD. Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. J Consult Clin Psychol. 1998 Aug;66(4):685-90.
8. Ahmead M, Bower P. The effectiveness of self help technologies for emotional problems in adolescents: a systematic review. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008;2(1):20.
9. Field T, Grizzle N, Scafidi F, Schanberg S. Massage and relaxation therapies’ effects on depressed adolescent mothers. Adolescence. 1996 Winter;31(124):903-11.
10. Gleason A. Changing explanatory style in middle -school children [dissertation]. East Lansing, MI: Michigan State University; 1997.
11. Platania-Solazzo A, Field TM, Blank J, Seligman F, Kuhn C, Schanberg S, et al. Relaxation therapy reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. Acta Paedopsychiatr. 1992;55(2):115-20.
12. Park RJ, Goodyer IM, Teasdale JD. Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent Major Depressive Disorder and controls. J Child Psychol Psychiatry. 2004 Jul;45(5):996-1006.
13. Field T, Morrow C, Valdeon C, Larson S, Kuhn C, Schanberg S. Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992 Jan;31(1):125-31.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 217

1. Jones NA, Field T. Massage and music therapies attenuate frontal EEG asymmetry in depressed adolescents. Adolescence. 1999 Fall;34(135):529-34.
2. Walsh SM. Future images: an art intervention with suicidal adolescents. Appl Nurs Res. 1993 Aug;6(3):111-8.
3. Hendricks C. A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression. Dissertation Abstracts International 2001;62(2-A):472.
4. Nemets H, Nemets B, Apter A, Bracha Z, Belmaker RH. Omega-3 treatment of childhood depression: a controlled, double-blind pilot study. Am J Psychiatry. 2006 Jun;163(6):1098-100.
5. Sonis WA, Yellin AM, Garfinkel BD, Hoberman HH. The antidepressant effect of light in seasonal affective disorder of childhood and adolescence. Psychopharmacol Bull. 1987;23(3):360-3.
6. Swedo SE, Allen AJ, Glod CA, Clark CH, Teicher MH, Richter D, et al. A controlled trial of light therapy for the treatment of pediatric seasonal affective disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Jun;36(6):816-21.
7. Morgan AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. Ann Gen Psychiatry. 2008;7:13.
8. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Curr Opin Psychiatry. 2005 Mar;18(2):189-93.
9. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD004691 [actualizado 23 may 2006; citado 11 jun 2008]. Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/ CD004691.pdf
10. Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M, et al. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. Eur J Public Health. 2006 Apr;16(2):179-84.
11. Johnson CC, Murray DM, Elder JP, Jobe JB, Dunn AL, Kubik M, et al. Depressive symptoms and physical activity in adolescent girls. Med Sci Sports Exerc. 2008 May;40(5):818-26.
12. World Health Organization (WHO). Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986 York, UK. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe;1986. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ ICP\_PSF\_017(S).pdf.

218 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton, AB, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment; 26 Series A. 2002.
2. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior. A Sistematic Review and Meta-Analysis. Behavior Modification. 2008;32(1):77-108.
3. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev 2004 24(8):957-79.
4. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. Can J Psychiatry. 2007 Jun;52(6 Suppl 1):21S-33S.
5. Castillo I, González HI, Jiménez Y. Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de rodas. Rev Psiquitr Psicol Niño Adoles. 2007;7(1):125-42.
6. de las Heras E, Pinal B. Psicopatología del control de impulsos e instinto de vida (suicidio). Manual de consulta rápida de psicopatología. Barcelona: Almirall; 2008.
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Jul;40(7 Suppl):24S-51S.
8. Council of Europe. Parliamentary Assembly. Child and teenage suicide in Europe: A serious public-health issue [Internet]. Strasbourg: Parliamentary Assembly, Council of Europe; 2008. Informe Nº.: 11547. [citado 23 abr 2008]. Disponible en: http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/ WorkingDocs/Doc08/EDOC11547.htm.
9. Arán Barés M, Gispert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefàbregas A. Geographical distribution and time trends of suicide mortality in Catalonia and Spain [1986-2002]. Gac Sanit. 2006;20(6):473.
10. New Zealand Guidelines Group (NZGG). The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003.
11. INE. Defunciones según la causa de muerte [Base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2008. [citado 17 abr 2008]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/ p417&file=inebase&L=0
12. Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A. Suicide in Spain today. Gac Sanit. 2006;20 (Suppl 1):25-31.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 219

1. Biddle L, Brock A, Brookes ST, Gunnell D. Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. BMJ. 2008;336(7643):539-42.
2. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Alvárez M, et al. Is attemped suicide different in adolescent and adults? Psychiatry Res. 2008;157(1-3):131-7.
3. Viñas F, Jane M, Domenèch E. Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. Psicothema. 2000;12(4):594-8.
4. Greydanus DE, Calles J, Jr. Suicide in children and adolescents. Prim Care. 2007 Jun;34(2):259-73; abstract vi.
5. Tobin MJ, Clarke AR, Buss R, Einfeld SL, Beard J, Dudley M, et al. From efficacy to effectiveness: managing organisational change to improve health services for young people with deliberate self harm behaviour. Aust Health Rev. 2001;24(2):143-51.
6. Royal New Zealand College of General Practitioners (RNZCGP). Guidelines for primary care providers. Detection and Management of Young People at Risk of Suicide. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 1999. [citado 6 mar 2008]. Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0029/ Youth\_Suicide\_Book.pdf
7. Speckens EM, Hawton K. Social Problem Solving in Adolescents with Suicidal Behavior: A Systematic Review. Suicide Life Threat Behav. 2005;35(4):365-87.
8. Laje G, Paddock S, Manji H, Rush AJ, Wilson AF, Charney DS, et al. Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. Am J Psychiatry. 2007;164(10):1530-8.
9. Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: a

systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. Suicide Life Threat Behav. 2007 Apr;37(2):222-37.

1. Thompson EA, Eggert LL, Herting JR. Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2000 Fall;30(3):252-71.
2. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. Can J Psychiatry. 2007 Jun;52(6 Suppl 1):35S-45S.
3. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics. 2001 May;107(5):1133-7.
4. Robles R, Paéz F, Ascencio M, Mercado E, Hernández L. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):292-297.

220 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, Tex: Psychological Corporation 1988.
2. Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. Revista de Investigación en Psicología. 2006;9(1):69-79.
3. Fernández A, González MA, Mondragón MS, Nogueras B, Lasa A. Escala de intencionalidad suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y jóvenes. Rev Psiquiatr Infant Juv. 1995;95(1):4-10.
4. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. Suicide Life Threat Behav. 1999 Spring;29(1):1-9.
5. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.
6. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: Manual

2nd ed. San Antonio, Texas: Harcourt. 1996.

1. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am 1975;12: 217-36.
2. Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA. Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. Am J Psychiatry. 2005 Nov;162(11):2173-5.
3. Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. Br J Psychiatry. 2007 Jan;190:11-7.
4. Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2008;192(3):202-11.
5. Sakinofsky I. Treating suicidality in depressive illness. Part 2: does treatment cure or cause suicidality?. Can J Psychiatry. 2007 Jun;52(6 Suppl 1):85S-101S.
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota Infomativa 2006/04. Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 16 jun 2008]. Disponible en: http://www.agemed.es/ actividad/alertas/usoHumano/seguridad/fluoxetina-junio06.htm.
7. Jiménez-Arriero MA, Fernández I, Vidal J, Herráez C, Parellada M, Cruz MA, et al. Utilización de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 221

serotonina en niños y adolescentes con depresión mayor. Acta Esp Psiquiatr.

2007;35(5):342-50.

1. Aseltine RH, Jr., James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. BMC Public Health. 2007;7:161.
2. Beautrais AL, Coggan CA, Fergusson DM, Rivers L. Prevention, recognition and management of young people at risk of suicide: development of guidelines for schools. Wellington: National Health Committee (NHC); 1997. [Citado 15 de abril de 2008]; Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0028/ Development\_of\_guidelines\_\_.pdf.
3. World Health Organization. Preventing suicide. A resource for Primary Health Careworkers [Internet]. Geneva: Department of Mental Health. World Health Organization; 2000. [citado 6 may 2008]. Disponible en: http://www.who.int/ mental\_health/media/en/59.pdf.
4. World Health Organization. Prevención del suicidio: Un instrumento para los medios de comunicación [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000. [citado 10 abr 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mental\_health/ media/media\_spanish.pdf
5. New Zealand Youth Suicide.Prevention Strategy.Suicide and the media: The reporting and portrayal of suicide in the media.Wellington (New Zealand):Ministry of Health. 1999.
6. Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. BMJ. 2008;336:800-2.
7. Internet Watch Foundation. Suicide Promotion [Internet]. Oakington: The Internet Watch Foundation; 2008 [actualizado 15 ene 2008; citado 17 abr 2008]. Disponible en: http://www.iwf.org.uk/search/?q=suicide
8. Sluzki CE. Process, structure and world views: toward an integrated view of systemic models in family therapy. Fam Process. 1983;22(4):469-76.
9. Pérez M. El sujeto en la modificación de conducta: un análisis conductista.

En: Caballo VE, editores. Manual de técnicas de terapia y modificación de

conducta. Madrid: Siglo XXI. 1991:69-99.

1. Bernstein DA, Borkovec TD, Hazlett-Stevens H. New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals. Westport, CT: Praeger Publishers; 2000.
2. Linehan MM, Dimeff L. Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. The California Psychologist. 2001;34:10-3.

222 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

1. Fonagy P. Psychodynamic therapy with children. En Steiner H., editor. Handbook of Mental Health Interventions in Children and Adolescents: An Integrated Developmental Approach. New York: Jossey-Bass; 2004. p. 621-58.
2. Coderch J. Teoria y técnica de la Psicoterapia Psicoanalitica - 2ª Ed. Editorial Herder; 1990.
3. Watzlawick P. Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional

Patterns, Pathologies, and Paradoxes. New York: Norton. 1967.

1. Bertalanffly LV. Teoría General de los sistemas. Fundamento, desarrollo, aplicaciones. Mexico: Fondo de cultura económica. 1976.
2. Gotlib IH, Colby CA. Treatment of depression: an interpersonal systems approach. Pergamon Press; 1987.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA 223



P.V.P.: 10 euros



MINISTERIO MINISTERIO

DE CIENCIA DE SANIDAD

E INNOVACIÓN Y POLÍTICA SOCIAL