

Preguntas para responder

Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos

1. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la depresión mayor en niños y adolescentes?
2. ¿Con qué otras manifestaciones es preciso realizar el diagnóstico diferencial?

Factores de riesgo, protectores y evaluación de la depresión mayor

3. ¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección de depresión mayor en niños y adolescentes?
4. ¿Cuáles son los cuestionarios y entrevistas más utilizados en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes?

Perspectivas y experiencias de los niños y adolescentes con depresión y sus familias

5. ¿Cuáles son las perspectivas y experiencias de los niños y adolescentes con depresión y sus familias?

Cribado de la depresión mayor

6. ¿El cribado en atención primaria incrementa la identificación de niños y adolescentes con depresión mayor?
7. ¿El cribado de la depresión en niños y adolescentes en atención primaria mejora su asistencia y tratamiento?
8. ¿Cuáles son los riesgos asociados al cribado de la depresión en niños y adolescentes?
9. ¿Cuál es la precisión de los diferentes instrumentos psicométricos en la identificación de la depresión en niños y adolescentes?

Tratamiento de la depresión mayor

10. ¿Cuál es el tratamiento psicológico más efectivo en el tratamiento de la depresión mayor en la infancia y la adolescencia?
11. En niños y adolescentes con depresión mayor, ¿cuál es la eficacia comparada y seguridad de los diferentes antidepresivos?
12. En niños y adolescentes con depresión, ¿cuál es la efectividad comparada del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado?

Prevención de recaídas y recurrencia

13. ¿Cuál es la eficacia del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado en la prevención de recaídas y recurrencia en la depresión mayor en niños y adolescentes?

Estrategias en depresión mayor que no responde al tratamiento

14. ¿Cuál es la eficacia del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado en el manejo de la depresión que no responde al tratamiento en niños y adolescentes?
15. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el manejo de la depresión grave y que no responde al tratamiento en niños y adolescentes?
16. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la estimulación magnética transcraneal en el manejo de la depresión que no responde al tratamiento en niños y adolescentes?

Tratamiento de la depresión mayor con síntomas psicóticos

17. ¿Cuál es el tratamiento de la depresión mayor con síntomas psicóticos en niños y adolescentes?

Otras intervenciones terapéuticas

18. ¿Es eficaz el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de depresión en niños y adolescentes?
19. En niños y adolescentes con depresión, ¿cuál es la eficacia de las intervenciones *online*?
20. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las terapias alternativas en niños y adolescentes con depresión?

Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

Sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (1).

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si:	Aumentar la calidad si:
Alta	ECA	Limitación en el diseño: Importante (-1) Muy importante (-2) Inconsistencia: Importante (-1) Muy importante (-2) Evidencia directa: Importante (-1) Muy importante (-2) Imprecisión: Importante (-1) Muy importante (-2) Sesgo de publicación: Alta probabilidad (-1)	Asociación: • Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1) • Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2) Gradiente dosis respuesta (+1) Consideración de los posibles factores de confusión: los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada	–		
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de diseño metodológico		

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes y familiares	Clínicos	Gestores/Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.

Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes y familiares	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

Recomendaciones de buena práctica clínica*

✓	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo elaborador.
---	--

*En ocasiones, el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual, probablemente, no existe evidencia científica alguna que lo soporte. En general, estos casos se relacionan con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica.

Recomendaciones de la GPC

En esta actualización, las recomendaciones se clasificaron en las siguientes categorías:

- Recomendaciones nuevas, etiquetadas como [nueva 2017].
- Recomendaciones revisadas, pero que permanecen vigentes al no existir suficiente evidencia para modificarlas, se etiquetan como [2017].
- Recomendaciones no revisadas pero que permanecen para dar coherencia al texto [2009].

Factores de riesgo y evaluación de la Depresión Mayor

✓	Los médicos de familia y pediatras de atención primaria deben tener una adecuada formación para evaluar a aquellos niños y adolescentes con riesgo de depresión y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica [2009].
✓	Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de otros factores de riesgo, se recomienda que los profesionales de atención primaria realicen un seguimiento y fomenten la normalización de la vida cotidiana [2009].
✓	Se deberá realizar una búsqueda activa de sintomatología depresiva en aquellos niños 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 [2009].
✓	Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos [2009].
✓	En la evaluación del niño o adolescente con depresión mayor se debe tener en 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 [2009].

✓	Se debe preguntar siempre al paciente y a sus familiares sobre ideas de suicidio, posibilidad de hacerse daño a sí mismo o a otros, consumo de alcohol y de otras drogas, y sobre la existencia de antecedentes de acoso escolar o en redes sociales, negligencia, maltrato y abuso físico o sexual [2017].
✓	La evaluación debería incluir la exploración de la presencia de comorbilidades (principalmente trastorno de ansiedad, trastornos de conducta y/o abuso de sustancias), que pueden requerir un abordaje más específico [nueva 2017].
✓	El diagnóstico de depresión mayor debe realizarse mediante entrevista clínica, incluyendo información del medio familiar y escolar. Los cuestionarios por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual [2017].
✓	En caso de utilizar cuestionarios como apoyo al diagnóstico, se sugiere emplear el CDI o el BDI-II entre los autoaplicados y el CDS, CDRS-R o DAWBA entre los heteroaplicados [2017].

Perspectivas de pacientes y familiares

✓	Se recomienda mejorar el conocimiento de la depresión y sus consecuencias entre los jóvenes y sus familias, así como reducir el estigma asociado [nueva 2017].*
✓	Se recomienda un abordaje de la depresión adaptado a las necesidades e inquietudes de los niños y jóvenes, mantener una actitud empática, abordar los sentimientos de fracaso y de culpa que con frecuencia experimentan por estar deprimidos, y respetar las particularidades individuales [nueva 2017].
✓	El enfoque terapéutico de la depresión mayor en la infancia y adolescencia debería ser integral e implicar al niño o adolescente y a las familias en la toma de decisiones respecto a la estrategia terapéutica a seguir [nueva 2017].

*Se adjunta el documento de Información para pacientes y familiares en el anexo 4.

Cribado

Débil a favor	Se sugiere la incorporación de procedimientos de cribado que permitan una mejor identificación de un trastorno depresivo mayor en los adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria de salud. Su realización debería integrarse dentro del propio proceso asistencial, asegurando el acceso a un tratamiento temprano y a un adecuado seguimiento [nueva 2017].
✓	Se sugiere la utilización de herramientas de cribado sencillas y de validez diagnóstica contrastada, como por ejemplo, el cuestionario PHQ-2 (<i>Patient Health Questionnaire-2</i>) de únicamente dos preguntas [nueva 2017].*

*Se adjunta cuestionario en anexo 2.

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 psicológicas, farmacológicas y psicosociales que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional del paciente [2017].
✓	El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados de buena práctica clínica, entendiendo como tales: el seguimiento regular y frecuente, la psicoeducación, el apoyo y cuidado individual y familiar, el manejo de circunstancias ambientales, técnicas psicoterapéuticas básicas, la atención a comorbilidades y la coordinación con otros profesionales (ámbito sanitario, social y educativo) [2017].

✓	Debe prestarse atención a la posible presencia de factores familiares y del contexto social que puedan interferir en la evolución del trastorno depresivo en el niño o adolescente (trastorno mental en los padres, problemas en las relaciones familiares o con iguales, situaciones de maltrato o acoso), y en su caso indicar su tratamiento y/o establecer las medidas oportunas para la disminución de su impacto o su resolución [nueva 2017].
✓	Cuando por razones de edad sea necesario el cambio asistencial entre los servicios de salud mental de niños y adolescentes y los servicios de adultos, se debe asegurar la continuidad asistencial entre ambos mediante una adecuada coordinación entre sus profesionales [nueva 2017].

Tratamiento inicial

Depresión Mayor leve

✓	En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/conductas autolíticas y comorbilidades psiquiátricas, el médico de familia o pediatra debería dejar transcurrir un período de 2-4 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 familiares, sociales y escolares [2017].
✓	Si durante este período de observación los síntomas depresivos se agravan o persisten, se recomienda derivar al paciente a atención especializada en salud mental de niños y adolescentes [2017].
✓	Se recomienda derivar inicialmente a salud mental de niños y adolescentes, aunque la depresión sea leve, a aquellos pacientes que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades psíquicas [nueva 2017].
Fuerte a favor	En salud mental de niños y adolescentes, el tratamiento de elección de una depresión mayor leve será un tratamiento psicológico durante al menos un período de 8 a 12 semanas (sesiones semanales en formato individual o grupal) [2017].

Débil a favor	El tratamiento psicológico de la depresión leve en niños debería incluir alguna de las terapias de aplicación a este grupo de edad, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar, la terapia interpersonal familiar, y la terapia de apoyo no directiva, de acuerdo al conocimiento y la experiencia del profesional que realice el tratamiento [nueva 2017].
Fuerte a favor	En adolescentes con depresión mayor leve se recomienda la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal como modalidades de psicoterapia iniciales, debido a que son las que han demostrado ser más eficaces en este grupo de edad [nueva 2017].
Fuerte en contra	No se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve [2017].

Depresión Mayor moderada y grave

✓	Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada o grave deberá ser derivado inicialmente a un servicio o unidad de salud mental de niños y adolescentes [2017].
✓	En niños con depresión moderada se recomienda inicialmente tratamiento psicológico: terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal familiar, terapia familiar o terapia de apoyo no directiva [nueva 2017].

Fuerte a favor	<p>En adolescentes con depresión moderada podrían establecerse 3 opciones de tratamiento en función del criterio clínico, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y sus familiares, la adecuación de los pacientes a los mismos y la disponibilidad de los tratamientos en cada situación concreta:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento psicológico: terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal (sesiones estructuradas semanales durante 8-12 semanas y posterior seguimiento según evolución clínica). – Tratamiento farmacológico con un ISRS, en cuyo caso siempre deberá de ir acompañado de cuidados de buena práctica clínica (seguimiento regular y frecuente, vigilancia sobre efectos adversos, psicoeducación, apoyo, manejo de circunstancias ambientales y técnicas psicoterapéuticas básicas). – Tratamiento combinado: tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico [nueva 2017].
✓	<p>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 posibles efectos secundarios y de la duración del tratamiento [2017].</p>
Fuerte a favor	<p>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 [2017].</p>
Fuerte a favor	<p>Los únicos fármacos antidepresivos recomendables en el tratamiento inicial de la depresión moderada o grave de niños o adolescentes son los ISRS, entre los que la fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyan su uso en pacientes con 8 años o más [nueva 2017].</p>
✓	<p>Según el criterio clínico y el perfil del paciente (fundamentalmente características clínicas de la depresión, comorbilidades, historia familiar e historia previa de respuesta o fracaso a fármacos), se podría elegir otro ISRS (sertralina, escitalopram y citalopram) [2017].</p>
Fuerte en contra	<p>La evidencia actual no permite recomendar la utilización de anti-depresivos tricíclicos, paroxetina, venlafaxina, duloxetina o mirtazapina en el tratamiento inicial de la depresión mayor de niños y adolescentes [2017].</p>

Fuerte a favor	En niños o adolescentes con depresión grave se recomienda utilizar inicialmente tratamiento combinado, asociando psicoterapia (terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal) con tratamiento farmacológico (ISRS). En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados de buena práctica clínica [nueva 2017].
✓	<p>Debería considerarse como opción la derivación a un hospital de día o el ingreso en una unidad de hospitalización adecuados a estos grupos de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> – En la depresión grave que no responde al tratamiento. – Cuando se asocien factores de riesgo o comorbilidades graves que lo indiquen. – Cuando existan razones que dificulten un adecuado seguimiento y control ambulatorio. <p>Debe considerarse especialmente el ingreso en unidad de hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si la depresión es muy grave (cuando se acompaña de síntomas psicóticos, u otros síntomas graves como falta de apetito con gran pérdida de peso o cansancio extremo). – Si existe un elevado riesgo de suicidio [nueva 2017].

Tratamiento de continuación. Prevención de recaídas/recurrencia

Fuerte a favor	En caso de respuesta al tratamiento farmacológico en fase aguda con ISRS se recomienda su continuación al menos 6 meses desde la remisión del cuadro depresivo (recomendable entre 9 y 12 meses), con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión [nueva 2017].
Fuerte a favor	En caso de respuesta al tratamiento farmacológico en fase aguda con ISRS, en aquellos pacientes con mayor riesgo de recaídas/recurrencia (con un episodio depresivo grave, con permanencia de síntomas residuales tras el tratamiento inicial, con factores de riesgo asociados o con más de 2 episodios previos), se recomienda asociar en la fase de continuación al tratamiento farmacológico una terapia cognitivo-conductual orientada específicamente a la prevención de recaídas [nueva 2017].

✓	Se recomienda que la suspensión de un fármaco ISRS se realice de forma gradual, y evitando que coincida con acontecimientos vitales potencialmente estresantes. Si los síntomas reaparecen, se ha de instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico y replantear la estrategia terapéutica [2017].
---	---

Estrategias en la depresión que no responde al tratamiento

✓	<p>En ausencia de respuesta a un tratamiento inicial estaría indicado, en primer lugar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Revisión del diagnóstico, incluyendo valoración de la posibilidad de trastorno bipolar. – Verificación de la conciencia de enfermedad, motivación al cambio y adherencia al tratamiento. – Valoración de exposición a factores vitales estresantes que puedan interferir en la recuperación. Considerar factores de riesgo individuales, familiares, escolares o del grupo de iguales. – Revisión de posible comorbilidad con otras enfermedades médicas u otros trastornos psíquicos: ansiedad, distimia, abuso de sustancias, TDAH, trastornos de conducta, trastornos de la conducta alimentaria, TOC o trastornos de la personalidad. – Revisión de la adecuación del tratamiento realizado (tratamiento psicológico: tiempo y sesiones; tratamiento farmacológico: tiempo y dosis) [nueva 2017].
✓	En niños y adolescentes con depresión leve que no responden a un tratamiento psicológico inicial, podrían considerarse como opciones el cambio a una nueva intervención psicoterapéutica con alguna de las que disponen de más evidencia en este grupo de edad (terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal), o bien cambiar a/o asociar un tratamiento farmacológico con ISRS [2017].
✓	En niños y adolescentes con depresión moderada que no responden a un tratamiento psicológico inicial, se recomienda cambiar a/o añadir un tratamiento farmacológico con un ISRS [2017].

Fuerte a favor	En niños y adolescentes con depresión moderada o grave que no responden a un tratamiento inicial con ISRS, se recomienda cambiar a otro antidepresivo del grupo ISRS y asociar terapia cognitivo conductual [2017].
✓	Se sugiere valorar como opción terapéutica, la derivación a un hospital de día o unidad de hospitalización adecuados a estos grupos de edad en la depresión que no responde al tratamiento, especialmente en casos de depresión grave, con riesgo suicida, asociada a comorbilidades, o con factores ambientales de riesgo relevantes (por ejemplo, disfunción familiar, desadaptación escolar o con iguales, o falta de grupo de apoyo) [nueva 2017].
Débil a favor	La terapia electroconvulsiva únicamente estaría indicada en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con síntomas graves que pongan en peligro su vida y que no respondan a otros tratamientos. Debería ser utilizada de forma excepcional, por profesionales experimentados, tras una adecuada evaluación por parte de un equipo multidisciplinar y tratamiento en un entorno hospitalario [2017].
Fuerte en contra	No se recomienda la estimulación magnética transcraneal en el tratamiento de la depresión del niño y adolescente, dada la actual falta de evidencia sobre su eficacia en este grupo de edad [nueva 2017].

Depresión Mayor con síntomas psicóticos

✓	En niños y adolescentes con depresión psicótica, se sugiere la consideración de potenciar el tratamiento antidepresivo con un antipsicótico de segunda generación. La elección del antipsicótico debe estar guiada por el perfil de efectos adversos y se recomienda empezar con una dosis baja e ir aumentando progresivamente hasta alcanzar la dosis mínima eficaz [nueva 2017].
✓	Todo niño o adolescente que mantiene un tratamiento con antipsicóticos debe estar sometido a un control de efectos adversos riguroso [nueva 2017].

Otras intervenciones terapéuticas

✓	Se recomienda que todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de la depresión del niño y/o el adolescente dispongan de una adecuada formación que les permita aconsejar sobre otras formas de intervención potencialmente útiles para los pacientes, sus padres o cuidadores [2017].
✓	La recomendación de intervenciones de autoayuda, ejercicio físico y estilos de vida saludable debería formar parte de una estrategia integral de tratamiento [2017].
✓	Se recomienda proporcionar información sobre materiales de autoayuda (información para pacientes, libros) y recursos disponibles (grupos de apoyo, líneas de apoyo), así como los beneficios de un estilo de vida saludable (nutrición equilibrada, mantenimiento de un patrón de sueño adecuado, entre otros) [nueva 2017].
Débil a favor	Se sugiere ofrecer información sobre las ventajas de la realización de ejercicio físico de forma regular, estructurada, y supervisada, a aquellos niños o jóvenes con depresión, idealmente hasta 3 sesiones a la semana durante 3 meses y siempre que la gravedad de esta no dificulte su realización [2017].
Fuerte en contra	En la depresión mayor de la infancia y adolescencia no se recomienda la utilización de terapia lumínica, ácidos grasos omega-3 polinsaturados, glutamina, hierba de san Juan (<i>Hypericum perforatum</i>), S-adenosil metionina, vitamina C o triptófano, debido a la falta de evidencia sobre su efectividad. En el caso de la hierba de san Juan, los profesionales deberían informar de la posibilidad de interacción con otros fármacos [nueva 2017].