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?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Resumen de las recomendaciones

Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor

D[GPC]	Los médicos de familia y pediatras de atención primaria deberían tener una adecuada formación que les permitiese evaluar aquellos niños y adolescentes con riesgo de depresión y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica.
D[GPC]	Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de otros factores de riesgo, los profesionales de atención primaria deberían realizar un seguimiento y fomentar la normalización de la vida cotidiana.
D[GPC]	Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos.
✓	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 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 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 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.

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 problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y monitorización regular del estado mental.
✓	Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre 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.
Depresión mayor leve	
D[GPC]	En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de 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.
D	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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	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.
B	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).
B	Las modalidades de psicoterapia iniciales recomendadas en la depresión mayor leve son la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar o la terapia interpersonal.
D[GPC]	Durante este período de terapia psicológica, se deberá realizar un seguimiento regular de la evolución clínica del niño o adolescente.
B	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	
B	Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada-grave deberá ser derivado inicialmente a salud mental infantojuvenil.
B	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.
B	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.
B	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.
A	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.
A	Los cinco 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).
D	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.
D	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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	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 farmacológico, 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.
B	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.
B	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.
C	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.
C	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 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.
✓	La recomendación de intervenciones de autoayuda deberían formar parte de una estrategia integral de tratamiento.
D[GPC]	Se recomienda ofrecer información sobre las ventajas de la realización de ejercicio físico de forma regular a aquellos niños o jóvenes con depresión, siempre que la gravedad de esta no dificulte su realización.
✓	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 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 alcohol y de otras drogas, y sobre la existencia de antecedentes de acoso escolar, abusos o conductas autolesivas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

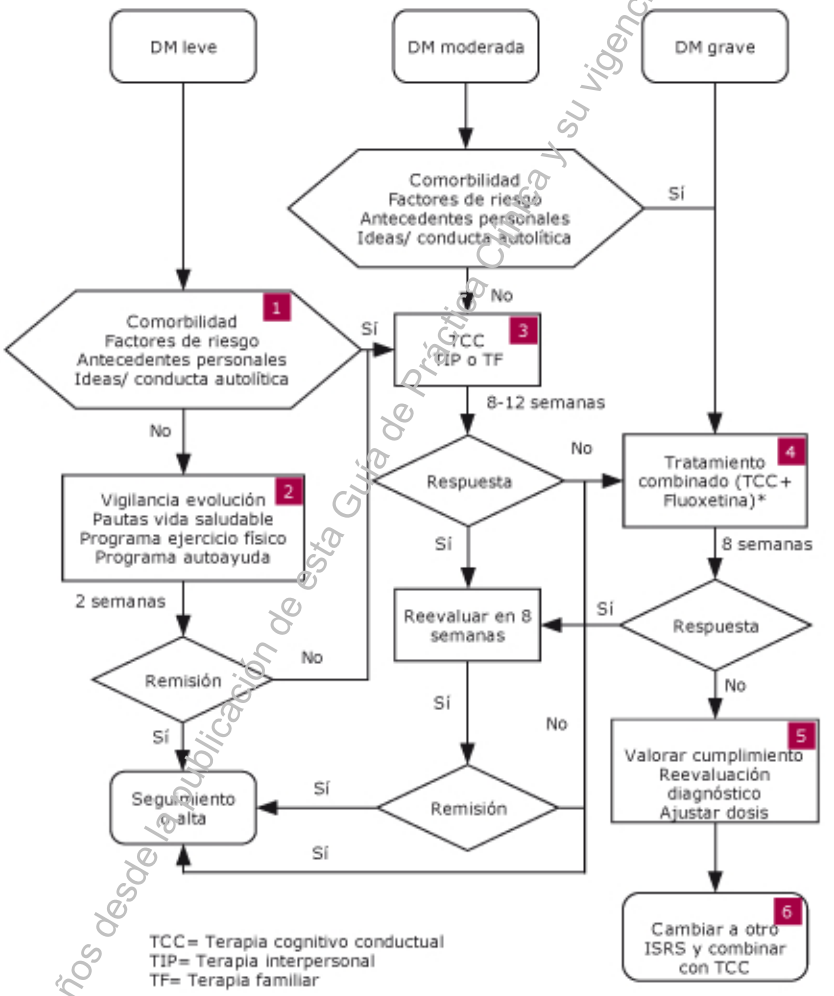
El suicidio en la infancia y en la adolescencia

✓	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 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.
D	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.
D	La información provendrá del propio paciente, y se recomienda utilizar, de ser posible, múltiples fuentes, como los padres o cuidadores, profesores y amigos.
D	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.
D	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.
D	Tras un intento de suicidio, y sino 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.
D	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.
D	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"

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica (su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo terapéutico



* Según el perfil clínico del paciente se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.