

DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Traducción de la versión inglesa del 2015

Joseph M Rey, Tolulope T Bella-Awusah & Jing Liu

Editores: Matías Irrázaval & Isabel Hernández Otero

Traducida por M. Fernanda Prieto-Tagle



Fotografía de repowerup.com

Joseph M Rey MD, PhD,
FRANZCP

Profesor de Psiquiatría,
Facultad de Medicina de la
Universidad de Notre Dame,
Sídney; Profesor Honorario
de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Sídney,
Sídney, Australia

Conflictos de interés: No se
declaran

Tolulope T Bella-Awusah
MBBS(IB), FWACP

Departamento de Psiquiatría,
Facultad de Medicina de
la Universidad de Ibadan;
Hospital del University
College, Ibadan, Nigeria

Conflictos de interés: No se
declaran

Jing Liu MD

Profesor y Director del
Departamento Clínico de
Infancia y Adolescencia,
Instituto de Salud Mental
y Sixth Hospital de la
Universidad de Pekín, Pekín,
China. Vice-Presidente

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos puede que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2017. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmreyATbigpond.net.au

Cita sugerida: Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depresión en niños y adolescentes. (Prieto-Tagle MF, ed.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.

La depresión mayor es un trastorno episódico y recurrente, caracterizado por tristeza o infelicidad persistente y generalizada, pérdida de disfrute de las actividades cotidianas, irritabilidad, y síntomas asociados, tales como pensamientos negativos, falta de energía, dificultad para concentrarse, y alteraciones del apetito y el sueño. Las manifestaciones pueden variar dependiendo de la edad, el género, y antecedentes educacionales y culturales. Los diferentes subtipos de la depresión se identifican en base a la gravedad de los síntomas, el grado de generalización, el deterioro funcional, o la presencia o ausencia de episodios maníacos o fenómenos psicóticos. Todavía existe mucha discusión en torno a si la depresión es una enfermedad dimensional—es decir, que la diferencia entre tener y no tener depresión es cuantitativa, una cuestión de grado, como en el caso de la hipertensión—o categórica (p.e., la diferencia es cualitativa), y si existen etiológicamente diversos tipos distintos de depresión (p.e., melancólica y no melancólica).

En este capítulo, se utilizarán los términos “depresión”, “episodio depresivo”, “trastorno depresivo” y “depresión clínica” para referirse a lo que el DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, define como “trastorno de depresión mayor” o “episodio de depresión mayor”, y la CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, define como “episodio depresivo” y “episodio depresivo recurrente”. A menos que se indique lo contrario, toda la información de este capítulo se refiere a la depresión unipolar.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia varía dependiendo de la población (p.e., el país), el período considerado (p.e., últimos tres meses, último año, toda la vida), informante (p.e., padres, niño, ambos), y los criterios que se utilizan para el diagnóstico. La mayoría de los estudios coinciden en que cerca del 1% al 2% de los niños en edad prepuberal y cerca del 5% de los adolescentes sufren de depresión clínicamente significativa en algún momento de su vida. La prevalencia acumulativa (acumulación de nuevos casos de individuos que no habían sido afectados previamente, también conocida como prevalencia de vida) es más alta. Por ejemplo, a la edad de 16 años, un 12% de las jóvenes y un 7% de los jóvenes habrá tenido un trastorno depresivo en algún momento de sus vidas (Costello et al. 2003). La prevalencia del *trastorno distímico* es menos conocida, pero los estudios sugieren una prevalencia puntual que va del 1% al 2% en niños y del 2% al 8% en adolescentes. Se estima que un 5% a 10% de las personas jóvenes manifiesta depresión subclínica (o *depresión menor*). Los jóvenes con depresión menor muestran algo de deterioro funcional, y mayor riesgo de suicidio y de desarrollar depresión mayor.

Género y cultura

La proporción de depresión por género es similar en niños en edad prepuberal, sin embargo, durante la adolescencia, las mujeres tienen el doble de probabilidad de presentar depresión que los hombres. Aún cuando la información es limitada, los datos disponibles sugieren que las tasas de depresión son más altas en pacientes que sufren de enfermedades crónicas, y en grupos específicos, como los niños con alguna discapacidad o niños pertenecientes a una minoría indígena (p.ej., nativos americanos, esquimales, aborígenes australianos).

de la Sociedad Asiática de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Afines

Conflictos de interés: No se declaran

M.Fernanda Prieto

Psicóloga Clínica Infanto Juvenil, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Estudiante de Doctorado de Ciencias del Desarrollo y Psicopatología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Conflictos de interés: No se declaran

Reconocimientos: agradecemos a las Dras. Olga Rusakovskaya (Rusia) y Jenifer Bergen (Australia) por sus comentarios.

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual para compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o al editor, o realizar comentarios.

Carga de enfermedad

La depresión constituye una carga considerable al individuo afectado por este trastorno y a toda la sociedad. Las relaciones interpersonales son particularmente propensas a verse afectadas cuando alguien está deprimido—son pocas las familias y amistades que no se ven alteradas por la depresión. Aún más, es probable que la depresión evolucione hacia una enfermedad crónica y recurrente si no es tratada. La carga de la depresión aumenta ya que parece estar relacionada con conductas ligadas a otras enfermedades crónicas, como el tabaquismo, consumo de alcohol, inactividad física, y alteraciones del sueño, entre otras, aún cuando la naturaleza de la asociación todavía no está clara (CDC, 2013).

Actualmente no se dispone de datos específicos respecto a la carga de la depresión en la infancia y adolescencia. Sin embargo, asumiendo que el trastorno se prolonga en forma continua hasta la vida adulta, parece ser que la carga de enfermedad se vuelve considerable. Por ejemplo, un estudio estimó que una mujer de 21 años de edad, seleccionada aleatoriamente, con un diagnóstico de depresión mayor de inicio temprano, podía esperar recibir salarios anuales futuros de un 12% a un 18% más bajos que los de otra mujer de 21 años de edad, también seleccionada aleatoriamente, cuyo inicio del trastorno depresivo se produjo después de los 21 años de edad o que no presentaba depresión (Berndt et al, 2000).

EDAD DE INICIO Y EVOLUCIÓN

Los pacientes deprimidos pueden manifestar síntomas depresivos a cualquier edad; sin embargo, el patrón varía ligeramente de acuerdo a la etapa del desarrollo, lo que resulta en diferencias en la forma en que la depresión se manifiesta a lo largo de la vida, como se destaca en la Tabla E.1.1.

¿Está aumentando la depresión en los niños y adolescentes?

Algunos investigadores han sugerido que ha habido un aumento en la prevalencia de la depresión en este siglo, con tasas más altas en los nacidos después del siglo XX. Esto no es un hecho definitivo, dada la baja calidad de los estudios que avalan esta observación, y que la mayoría de ellos no son retrospectivos. Es posible que este aumento percibido sea debido a una mayor conciencia, por parte de los padres, de la sintomatología de los niños, o debido a una edad de inicio más temprana.

Tabla E.1.1 Diferencias en la presentación de la depresión de acuerdo a la edad. Cualquiera de estos síntomas puede estar presente a cualquier edad, pero son más comunes en el grupo etario especificado.

Niños pre-puberales	Adolescentes	Adultos
<ul style="list-style-type: none"> Irritabilidad (rabietas, incumplimiento de normas) Afecto reactivo* Frecuentemente comórbido con ansiedad, problemas de conducta y TDAH Quejas somáticas 	<ul style="list-style-type: none"> Irritabilidad (gruñón, hostil, se frustra con facilidad, arranques de ira) Afecto reactivo* Hipersomnia Aumento del apetito y ganancia de peso Quejas somáticas Sensibilidad extrema al rechazo (p.e., tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) lo que lleva a, por ejemplo, tener dificultades para mantener relaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Anhedonia Ausencia de reactividad emocional Agitación o enlentecimiento psicomotor El estado del ánimo varía durante el día (es peor en la mañana) Despertar temprano en la mañana

*Capacidad de animarse momentáneamente en respuesta a eventos positivos (p.ej., visitas de pares).

La edad de inicio no parece definir subgrupos depresivos separados, pero un inicio temprano del trastorno se asocia a múltiples indicadores de una mayor carga de enfermedad en la edad adulta en una amplia gama de dominios, tales como nunca haber contraído matrimonio, disminución del funcionamiento social y laboral, menor calidad de vida, mayor comorbilidad médica y psiquiátrica, mayor frecuencia de episodios depresivos e intentos de suicidio durante la vida, y mayor gravedad de los síntomas (Berndt et al, 2000).

Aún cuando para hacer el diagnóstico de depresión clínica es necesario que los síntomas se presenten todos los días, la mayor parte del día, por al menos dos semanas; en el caso de los adolescentes, en particular aquellos que sufren de depresión leve o moderada, a menudo tienen afecto reactivo, y pueden, con esfuerzo, ocultar sus síntomas.

Evolución

Similarmente a lo que sucede en adultos, en la juventud la depresión clínica tiene una evolución recurrente. En pacientes derivados a instituciones de salud, un episodio depresivo tiene una duración promedio de 7 a 9 meses, pero puede ser más breve en muestras comunitarias que no han sido derivadas. Es decir, los episodios depresivos son, en promedio, una enfermedad que remite espontáneamente. Por otro lado, existe un 40% de probabilidad de recurrencia dentro de los siguientes 2 años. La recurrencia es alta, incluso posterior al tratamiento. Por ejemplo, en el seguimiento a cinco años en el Estudio del Tratamiento de la Depresión en Adolescentes (TADS, por sus siglas en inglés), se observó que aún cuando la inmensa mayoría de los participantes (96%) se recuperaron del episodio inicial, después de cinco años, casi la mitad de ellos (46%) tuvo una recaída (Curry et al, 2010).

La probabilidad de episodios posteriores en la vida adulta es de un 60% (Birmaher et al, 1996). Por lo tanto, la enfermedad depresiva debería conceptualizarse óptimamente como una enfermedad crónica con remisiones y recurrencias. Esto tiene implicaciones importantes para su manejo, el que debiese tener como objetivo no solamente reducir la duración del episodio depresivo actual y disminuir sus consecuencias, sino también prevenir la recurrencia. Entre los factores predictores de la recurrencia se incluyen: una peor respuesta al tratamiento, mayor gravedad, la cronicidad, la presencia de episodios previos, comorbilidad, desesperanza, un estilo cognitivo negativo, la presencia de problemas familiares, un nivel socioeconómico bajo, y la exposición a conflictos o violencia intrafamiliar (Curry et al, 2010).

SUBTIPOS DE DEPRESIÓN

Es relevante establecer subtipos de la enfermedad depresiva, ya que el tipo de depresión puede tener repercusión en el tratamiento y pronóstico. Por ejemplo, un trastorno del ánimo estacional puede responder específicamente a la fototerapia; y el tratamiento de la depresión bipolar es diferente al de la depresión unipolar. Exceptuando la distinción entre la depresión unipolar y bipolar, a lo largo de los años se han propuesto muchos otros subtipos (p.ej. primaria y secundaria, endógena y reactiva, neurótica y psicótica), en general sin datos empíricos convincentes o evidencia de su valor clínico. Actualmente existen diferencias de opinión acerca de la utilidad de la dicotomía de la depresión melancólica *vs.* no melancólica.

Reactividad afectiva en los adolescentes deprimidos

“Esta mañana saldré de la cama. Esta mañana iré a la escuela. Hoy terminaré mi evaluación de matemáticas. Voy a entregar mi proyecto de inglés, y durante el recreo para almorzar voy a compartir con mis amigos. Voy a reír, hacer bromas, y conversar con mis amigos. Voy a contar historias graciosas sobre mi fin de semana y antes que me de cuenta el día de escuela habrá terminado y nadie sabrá como me siento por dentro. Después, cuando llegue a mi casa podré volver a la cama y no tendré que simular para nadie más.”

Estas palabras provienen de un texto que yo escribí en mi diario el 20 de abril del 2000. En ese entonces yo tenía 14 años.”

Nathan B. “Y luego mis lágrimas cesaron...” (“And Then My Tears Subsided...”, en inglés) <http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/AndThenMyTearsSubsided.pdf>

Tabla E.1.2. Subtipos de depresión relevantes para la práctica clínica.

<i>Depresión unipolar</i>	Depresión sin antecedentes de episodio maniaco, hipomaniaco o mixto.
<i>Depresión bipolar</i>	Cuando hay antecedentes de al menos un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto, no inducido por fármacos.
<i>Depresión psicótica</i>	Además de los síntomas de depresión mayor, el joven presenta alucinaciones o delirios, en ausencia de otro trastorno psicótico.
<i>Depresión melancólica, depresión mayor con características melancólicas, o melancolía</i>	Los episodios se caracterizan por cambios neurovegetativos importantes, tales como la pérdida de peso, enlentecimiento psicomotor, alteración marcada del sueño, el ánimo varía durante el día, despertar temprano en la mañana, y ausencia de reactividad. La depresión melancólica es prácticamente equivalente a la depresión “endógena”.
<i>Trastorno distímico o distimia</i>	Un estado de ánimo depresivo crónico por al menos un año, pero no suficientemente grave como para calificar para un diagnóstico de depresión; los intervalos de tiempo sin síntomas tienen una duración de menos de dos meses
<i>Depresión doble</i>	Los episodios depresivos ocurren en un paciente ya afectado por una distimia.
<i>Depresión catatónica</i>	Cuando el trastorno del ánimo se presenta con síntomas de estupor.
<i>Depresión post-psicótica</i>	Cuando ocurre durante el curso de una esquizofrenia, frecuentemente después de la resolución de los floridos síntomas psicóticos
<i>Trastorno disfórico premenstrual</i>	Cambios premenstruales del estado de ánimo—disforia, tensión, irritabilidad, hostilidad, y ánimo lábil—que imitan una depresión. Todavía se debate su naturaleza y validez.
<i>Depresión estacional, depresión mayor con un patrón estacional, trastorno del ánimo estacional</i>	El inicio y la remisión de la depresión mayor sigue un patrón (por al menos dos años) que se relaciona con períodos específicos del año, a menudo con inicio en el otoño y remisión en primavera.
<i>Trastorno del estado del ánimo no especificado</i>	Síntomas del estado de ánimo significativos e impacto negativo, que no cumplen criterios para un trastorno del estado de ánimo, a menudo debido a su presentación mixta (p.ej., síntomas depresivos y maniacos).
<i>Trastorno adaptativo con ánimo depresivo</i>	Síntomas depresivos clínicamente significativos o impacto negativo que ocurren dentro de los tres primeros meses después de un estresor identificable, y que no cumplen criterios para depresión mayor o duelo. Se espera que los síntomas desaparezcan dentro de los seis meses siguientes al cese del estresor.
<i>Depresión menor, depresión subclínica</i>	Los síntomas depresivos no alcanzan a cumplir los criterios de depresión (p.ej., un síntoma central, y uno a tres síntomas asociados, y una discapacidad muy leve).

Algunos de estos conceptos todavía son populares en algunos países o entornos. Los subtipos de la depresión más ampliamente utilizados, independientemente de su validez científica, se resumen en la Tabla E.1.2.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La etiología de la depresión es compleja, multifactorial, y objeto de mucha discusión académica, por lo que no se expone en detalle aquí. Los lectores interesados pueden consultar el resumen realizado por Krishnan y Nestler (2010). La investigación ha descubierto una multitud de factores asociados con el inicio, mantenimiento o recurrencia de la depresión. Esto puede ser confuso, o conducir a falsas expectativas (p.ej., trabajar con el factor de riesgo en sí mismo puede ser

Depresión “enmascarada”

Hasta la segunda mitad del siglo XX, se creía que la depresión no existía en los niños. En los años cincuenta, emergieron nuevas teorías que postulaban que, en este rango etario, la depresión sí existía, pero no se presentaba de la

suficiente para mejorar la depresión). Los factores de riesgo que tienen implicaciones en la prevención, detección o tratamiento se enumeran en la Tabla E.1.3.

En resumen, la depresión en la juventud pareciera ser el resultado de complejas interacciones entre vulnerabilidades biológicas e influencias ambientales. Las vulnerabilidades biológicas pueden ser consecuencia de la dotación genética de los niños, y de factores prenatales. Las influencias ambientales incluyen las relaciones familiares de los niños, el estilo cognitivo—la mayoría de los adolescentes deprimidos experimentan pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo o el futuro, que parecen surgir espontáneamente (pensamientos automáticos), y que contribuyen a un estilo cognitivo negativo—la presencia de eventos estresantes en la vida, y las características del barrio y la escuela. La depresión parental es el factor de riesgo que se replica más consistentemente en la descendencia. Los eventos estresantes en la vida—especialmente las pérdidas—pueden incrementar el riesgo de depresión; este riesgo es superior si los niños procesan los episodios de pérdida (u otros episodios estresantes) utilizando atribuciones negativas. La falta de cuidados parentales y el rechazo también pueden ser relevantes.

COMORBILIDAD

La comorbilidad, la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades distintas en un individuo, es un problema común y complejo transversal a todos los trastornos de salud mental en niños y adolescentes, que tiene implicaciones teóricas y prácticas importantes—por ejemplo en el tratamiento—y que aún no se comprende en su totalidad.

Los datos obtenidos a partir de encuestas realizadas en la comunidad sugieren que es frecuente la comorbilidad de depresión y otros trastornos en niños y adolescentes. Este es particularmente el caso en entornos clínicos, ya que la probabilidad de derivación es una función de la combinación de las probabilidades de derivación para cada trastorno por separado—el llamado *efecto Berkson*. Los pacientes con trastornos comórbidos muestran mayor discapacidad que aquellos con un diagnóstico único. La comorbilidad también se asocia a peores resultados en los adultos. Por ejemplo, la depresión comórbida a un trastorno de conducta o

misma forma que en los adultos, sino con sus “equivalentes depresivos”. Entre estos se incluyen problemas de conducta, hiperactividad, quejas somáticas, enuresis, y problemas en la escuela. Es decir, los niños podían estar deprimidos, pero expresaban su depresión de forma diferente a la de los adultos, también llamada “depresión enmascarada”.

El concepto de depresión enmascarada fue fuertemente criticado y posteriormente abandonado. En los años setenta, los investigadores comenzaron a observar que la depresión en niños sí existía, y que tenía síntomas similares a la de los adultos. Aun cuando los niños pueden presentar una variedad de síntomas que ocultan la depresión (p.ej., rabietas, dolor de cabeza, cansancio, problemas para concentrarse) un profesional competente debiese ser capaz de descubrir la depresión (Carlson & Cantwell, 1980).

Interacción gen-ambiente: el gen del transportador de serotonina, maltrato infantil y depresión.

El Estudio de Salud y Desarrollo de Dunedin, Nueva Zelanda, consistió en una cohorte de 1.037 niños de 3 a 26 años de edad, donde se evaluó cuidadosamente el desarrollo de trastornos psiquiátricos, eventos vitales estresantes, y otros factores relacionados, como el maltrato infantil. Un reporte basado en estos datos, concluyó que un polimorfismo funcional del gen del transportador de serotonina (5-HTT) moderaba la influencia de los eventos vitales estresantes, en el desarrollo de la depresión. Es decir, las personas con el alelo corto de este gen, tenían mayor probabilidad de desarrollar depresión en respuesta a estresores importantes o a maltrato en la infancia, en comparación a aquellos con el alelo largo, que habían estado expuestos a las mismas experiencias (Caspi et al, 2003).

Este resultado generó gran entusiasmo, ya que parecía probar finalmente la existencia de una interacción gen-ambiente en el desarrollo de la depresión. Sin embargo, un metanálisis posterior, concluyó que las alteraciones en el gen del transportador de serotonina, por sí mismas, o en combinación con eventos vitales estresantes, no estaban asociadas a un mayor riesgo de depresión (Risch et al, 2009). Otro metanálisis publicado poco tiempo después (Karg et al, 2011), llegó a la conclusión opuesta, mientras que un estudio prospectivo adicional—también de Nueva Zelanda—fracasó en confirmar esa asociación (Fergusson et al, 2011). Claramente, es necesario realizar más investigación para resolver este problema, que destaca la importancia de la replicación de los resultados antes de que estos sean aceptados, y mucho menos, sean utilizados en la práctica clínica (p.ej., para detectar la vulnerabilidad a la depresión).

Tabla E.1.3. Factores de riesgo y sus implicaciones para la prevención, detección o tratamiento

	Factor de riesgo	Implicaciones para la prevención, detección ó tratamiento
Biológico	<i>Antecedentes familiares de depresión</i>	Aumentar la sospecha de depresión cuando existen antecedentes familiares de depresión o suicidio.
	<i>Consumo de sustancias o alcohol parental</i>	Detectar y tratar el consumo de sustancias de los padres.
	<i>Antecedentes familiares de trastorno bipolar</i>	Aumentar la sospecha que la depresión pudiese ser bipolar. Implicaciones para el manejo farmacológico.
	<i>Género femenino</i>	Las adolescentes mujeres que asisten a consultas de médicos generales debiesen ser evaluadas por depresión.
	<i>Pubertad</i>	La depresión es más común en los adolescentes pospuberales, especialmente mujeres. La menarquia temprana (<11.5 años) aumenta el riesgo. Cribado de los adolescentes por depresión.
	<i>Enfermedad médica crónica</i>	Excluir la depresión en pacientes con enfermedades físicas crónicas o discapacidad.
Psicológico	<i>Antecedentes previos de depresión</i>	Estrategias de prevención de recaídas como parte integral del tratamiento.
	<i>Trastorno psiquiátrico comórbido, particularmente ansiedad</i>	Detección y tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos.
	<i>Estilo de temperamento neurótico o altamente emocional</i>	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
	<i>Estilo cognitivo negativo, baja autoestima</i>	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
	<i>Trauma</i>	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
Familiar	<i>Duelo y pérdidas</i>	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
	<i>Abuso, negligencia</i>	Intervenciones preventivas específicas como los programas de crianza y de prevención de abuso.
	<i>Estilos de crianza negativos: rechazo, ausencia de cuidado</i>	Intervenciones preventivas específicas como los programas de crianza.
	<i>Trastorno mental parental</i>	Detección y tratamiento de los trastornos mentales en los padres. Intervenciones preventivas específicas como los programas de crianza y apoyo parental.
Social	<i>Conflicto padre-hijo</i>	Psicoeducación parental y programas de crianza.
	<i>Acoso escolar</i>	Programas de prevención de acoso escolar en las escuelas.
	<i>Niños y adolescentes infractores de ley</i>	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
	<i>Niños institucionalizados o adoptados, refugiados, sin hogar, en búsqueda de asilo</i>	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.

AY, una adolescente nigeriana de 14 años de edad, actualmente en su cuarto año de escuela secundaria, fue llevada al hospital alrededor de cuatro horas después de haber ingerido una pequeña cantidad de solución antiséptica, con la intención de quitarse la vida. Refirió que se había sentido triste la mayor parte del tiempo, durante los últimos seis meses, y que pensaba mucho sobre la muerte. Tomó la decisión de tomar el veneno después que supo que iba a tener que repetir el año escolar. Antes de esto, sus calificaciones habían empeorado progresivamente. Ella se sentía culpable, porque su bajo desempeño académico estaba afectando las finanzas de su padre. AY también refirió tener dificultades de larga data para conciliar y mantener el sueño. Aún disfrutaba ver TV y jugar con sus amigos, pero se le estaba haciendo cada vez más difícil cumplir con sus tareas domésticas, ya que se sentía cansada y débil. Su familia interpretaba esto como pereza, y a menudo era regañada o golpeada por dejar sus tareas incompletas. También, debido a su bajo desempeño académico, se sentía aislada de sus compañeros.

La madre de AY había presentado episodios de trastornos mentales en el pasado, y estaba divorciada del padre de AY, quien contrajo matrimonio nuevamente hace poco tiempo. AY y sus cuatro hermanos viven con una tía paterna, ya que a la familia extensa le preocupa que contraigan la enfermedad mental de la madre. Aunque la madre actualmente vive y trabaja exitosamente en otro pueblo, AY sólo la ve brevemente una o dos veces al año. El padre de AY vive aún más lejos, y ella casi nunca lo ve.

abuso de sustancias en la infancia, se asocia a una mayor probabilidad de cometer delitos graves o violentos a la edad de 24 años, que cuando la depresión, el trastorno de conducta o el abuso de sustancias ocurren en forma aislada (Copeland et al, 2007).

Las trastornos psiquiátricos que a menudo son comórbidos con la depresión son los trastornos de ansiedad, los problemas de conducta, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno obsesivo compulsivo, y dificultades de aprendizaje. Un estudio epidemiológico (Costello et al, 2003) encontró que, en un período de tres meses, de los jóvenes diagnosticados con un trastorno depresivo, un 28% también presentaban un trastorno de ansiedad, un 7% un TDAH, un 3% un trastorno de conducta, un 3% un trastorno negativista desafiante, y un 1% un trastorno por consumo de sustancias. La implicación práctica es que el establecer si un niño presenta síntomas de un trastorno (p.ej., trastorno depresivo) es sólo el primer paso en la evaluación; los profesionales deberían indagar a la vez la presencia de síntomas correspondientes a otros trastornos.

La conexión entre depresión y ansiedad es ampliamente conocida, ya que los síntomas depresivos y ansiosos a menudo coexisten, y las personas frecuentemente experimentan episodios depresivos y ansiosos en diferentes momentos de su vida. Presentar un episodio depresivo no solamente aumenta el riesgo de episodios depresivos futuros (continuidad homotípica) sino que también el de trastornos de ansiedad (continuidad heterotípica).

La depresión es frecuentemente comórbida a un trastorno de estrés postraumático (ver Capítulo F.5). En particular, los adolescentes son vulnerables a la depresión y al suicidio durante el primer año posterior al evento traumático. Los mecanismos de base incluyen la llamada *culpa del sobreviviente* (de que otros hayan muerto o hayan resultado gravemente heridos), un duelo complicado, problemas para llevar a cabo tareas de la vida diaria debido a dificultades para concentrarse o a recuerdos intrusivos, y angustia derivada de síntomas de ansiedad crónica. Otras complicaciones psiquiátricas del estrés postraumático que pueden interactuar con la depresión son el trastorno de pánico, otros trastornos de ansiedad, comportamiento disruptivo, el trastorno disociativo, y el consumo de sustancias.

Depresión y estilo de personalidad

Los rasgos de personalidad se establecen progresivamente durante la adolescencia y la vida adulta temprana, y los estilos de personalidad puede influir en la presentación y manifestaciones de una enfermedad depresiva. Esto es particularmente claro en la los adultos, pero también ocurre en los jóvenes. En los adolescentes, los rasgos de personalidad a la base se amplifican en presencia de un trastorno depresivo. Por ejemplo, aquellos que tienen rasgos ansiosos, tienden a mostrar mayores niveles de ansiedad, evitación y síntomas somáticos cuando están deprimidos (depresión ansiosa), y aquellos que tienen un estilo más externalizante tienden a mostrar mayor hostilidad e irritabilidad.

El estilo de personalidad límite (ver Capítulo H.4) es particularmente relevante en la depresión, ya que las personas con estos rasgos son disfóricas y extremadamente sensibles al rechazo. Este miedo al abandono puede estar acompañado de episodios, intensos pero breves, de tristeza, ira o irritabilidad, lo que a veces culminan en incidentes de autolesión. Puede coexistir simultáneamente un trastorno depresivo y un trastorno o rasgos de personalidad límite. Por un lado, puede realizarse un diagnóstico erróneo de depresión, cuando los adolescentes con rasgos de personalidad límite presentan tristeza, irritabilidad o se sienten sobrepasados. Por otro lado, un episodio depresivo puede exacerbar las características de personalidad, sugiriendo la presencia de un trastorno de personalidad, cuando no es el caso. En esta última posibilidad, los síntomas del trastorno de personalidad remitirán una vez que la persona se recupere del episodio depresivo. El diagnóstico de un trastorno de personalidad debe ser provisorio en los adolescentes deprimidos, y debe ser realizado en base a los síntomas y el funcionamiento más allá del episodio depresivo.

Depresión y conducta suicida

El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes en el mundo. Por cada suicidio consumado de un adolescente, existen alrededor de 100 intentos de suicidio reportados. Los pensamientos suicidas son frecuentes en los jóvenes; alrededor de una de cada seis niñas entre 12 y 16 años refiere haberlos tenido en los últimos seis meses (uno de cada diez en los niños); pero las tasas en las muestras clínicas son mucho mayores. Aun cuando el suicidio es el resultado de la complicada interacción de factores individuales y psicosociales, así como también de los problemas de salud mental, existe evidencia considerable de que la depresión es el factor de riesgo individual más potente (aunque hay excepciones; en algunos países, como China, la impulsividad parece ser el factor de riesgo más importante).

Alrededor de un 60% de las personas jóvenes deprimidas refieren haber pensado en el suicidio como una alternativa, y un 30% intentó suicidarse. El riesgo aumenta si:

- Han habido suicidios en la familia
- El joven ha intentado suicidarse anteriormente
- Hay presencia de otros trastornos psiquiátricos comórbidos (p.ej., consumo de sustancias), impulsividad, y agresión
- Tienen acceso a alternativas letales (p.ej., armas de fuego)
- Han experimentado eventos negativos (p.ej., crisis disciplinarias, maltrato

Síntomas de la depresión

Síntomas centrales:

- Sentimientos de tristeza e infelicidad persistentes y generalizados
- Pérdida de la capacidad de disfrutar las actividades del día a día
- Irritabilidad

Síntomas asociados:

- Pensamientos negativos y baja autoestima
- Desesperanza
- Ideas de culpa, remordimiento e inutilidad excesiva o inapropiada
- Pensamientos suicidas o pensamientos de muerte
- Falta de energía, aumento de la fatigabilidad, disminución de la actividad
- Dificultades para concentrarse
- Alteraciones del apetito (aumento u disminución)
- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia).

físico o abuso sexual), entre otros.

Las conductas suicidas y el riesgo suicida deben ser evaluados cuidadosamente en todas las personas deprimidas (ver Capítulo E.4).

DIAGNÓSTICO

Aunque generalmente el diagnóstico no es difícil, a menudo, la depresión en niños y adolescentes no es detectada o tratada. Al inicio, las personas jóvenes tienden a presentar problemas conductuales o físicos, los que pueden ocultar los síntomas depresivos típicamente observados en los adultos. Los problemas que puede indicar una posible depresión, a los que los profesionales debiesen estar atentos, incluyen:

- Irritabilidad o mal humor
- Aburrimiento crónico o pérdida del interés en actividades de ocio que antes disfrutaba (por ejemplo, abandonar las actividades deportivas, o clases de danza y música)
- Retraimiento social, o no querer “pasar el rato” con los amigos
- Evitar ir a la escuela
- Disminución en el desempeño académico
- Cambios en el patrón de sueño-vigilia (por ejemplo, dormir hasta tarde y negarse a ir a la escuela)
- Frecuentes quejas de sentirse enfermo, dolor de cabeza, dolor de estómago, que no tienen explicación
- Desarrollo de problemas conductuales (como volverse más desafiante, escapar de casa, acosar a otros)
- Abusar del alcohol u otras sustancias.

Es importante determinar si los problemas actuales representan un *cambio* respecto a nivel de funcionamiento o carácter previo. Por ejemplo, debe

En la práctica, para realizar un diagnóstico de depresión se requiere:

- la presencia de los síntomas centrales
- algunos de los síntomas asociados
- generalización (síntomas deben estar presentes todos los días, la mayor parte del día)
- duración (por al menos dos semanas)
- impacto negativo en el funcionamiento o malestar subjetivo significativo.

Tabla E.1.4. Evaluación de la gravedad del episodio depresivo (DSM-V)

Leve	Moderado	Grave
<ul style="list-style-type: none"> • Cinco síntomas depresivos (al menos un síntoma central) • Impacto negativo leve en el funcionamiento (malestar debido a los síntomas, algunas dificultades para continuar realizando trabajo escolar y actividades sociales, que pueden ser realizadas pero con esfuerzo adicional). 	<ul style="list-style-type: none"> • Seis o siete síntomas (al menos un síntoma central) • Dificultad considerable para continuar realizando el trabajo escolar, actividades sociales y familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más de siete síntomas depresivos • Pueden presentarse alucinaciones o delirios (depresión psicótica) • Grave impacto negativo en la mayoría de las áreas de funcionamiento (hogar, escuela, social) • A menudo existe un riesgo significativo de suicidio.

considerarse la depresión en el diagnóstico diferencial de un niño de 14 años con una historia de seis meses de síntomas oposicionistas y conductuales, pero sin problemas conductuales anteriores. De la misma forma, la depresión puede explicar el bajo desempeño académico de una adolescente de 15 años de edad, que antes era la mejor de su clase.

Aunque las definiciones son similares, en esta sección generalmente seguimos los criterios diagnósticos del DSM-5, dado que los criterios de la CIE-10 son más ambiguos. En la práctica, para realizar un diagnóstico de depresión, se requiere la presencia de:

Tabla E.1.5. Distinción entre comportamiento adolescente normal y depresión.

Adolescente normal	Adolescente con depresión clínica
<ul style="list-style-type: none"> • Pese a presentar algo de “angustia”, cambios del estado de ánimo y otras dificultades, no muestran cambios significativos y duraderos en el tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un cambio importante respecto al comportamiento anterior (p.ej., se vuelven tristes, irritables, pierden interés en las actividades de la vida diaria, responden dramáticamente a desaires o rechazos percibidos, frecuentes quejas de aburrimiento)
<ul style="list-style-type: none"> • Aunque pueden estar tristes y lábiles por momentos, esto a menudo es en respuesta a eventos vitales específicos, y son pasajeros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas depresivos centrales (tristeza o anhedonia) están presentes todos los días, la mayor parte del día, por al menos dos semanas
<ul style="list-style-type: none"> • No hay cambios significativos en el comportamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un impacto negativo importante respecto al funcionamiento previo (p.ej., no pueden hacer frente a la escuela, baja en las calificaciones, suspenden las actividades que antes disfrutaban). Les toma más tiempo completar las tareas escolares y el trabajo en clases, y deben hacer un esfuerzo adicional; puede disminuir el desempeño académico. Se retraen en sí mismos, en sus dormitorios o en Internet, a expensas de las actividades sociales y de las amistades que antes disfrutaban.
<ul style="list-style-type: none"> • Los pensamientos de muerte y de suicidio son infrecuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son frecuentes los pensamientos suicidas (“no vale la pena vivir,” “estaría mejor muerto”) y los intentos suicidas.
<ul style="list-style-type: none"> • Las conductas de riesgo (como por ejemplo, conducir imprudentemente, consumir alcohol, y experimentar sexualmente) son frecuentes; pero generalmente están contenidas dentro de límites razonables para el carácter de ese adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden involucrarse en conductas de riesgo no características, peligrosas o de alto riesgo, como por ejemplo, conducir imprudentemente, consumo de alcohol sin control, y tener sexo casual, de forma irreflexiva.

*Angustia, miedo, ansiedad. “Angustia” se utiliza a menudo para describir los sentimientos intensos de aprensión, ansiedad o confusión interna que experimntan los adolescentes.

- Síntomas centrales
- Algunos de los síntomas asociados (generalmente debiesen estar presentes cuatro de ellos)
- Generalización (los síntomas deben estar presentes todos los días, la mayor parte del día)
- Duración (al menos dos semanas)
- Los síntomas deben generar un impacto negativo en el funcionamiento, o un malestar significativo, y
- Los síntomas no son la manifestación de los efectos de una sustancia o de otro cuadro clínico.

Los *síntomas centrales* son tristeza, infelicidad o irritabilidad, y anhedonia. La irritabilidad es el más ambiguo, ya que puede estar presente en un amplio rango de trastornos psiquiátricos (p.ej., trastorno negativista desafiante, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar).

Entre los *síntomas asociados* se incluyen:

- Alteración significativa del peso o el apetito (sin hacer dieta)
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o enlentecimiento psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada
- Disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones, y
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Un aspecto clave de la evaluación de cualquier niño o adolescente deprimido es la evaluación del *riesgo*, particularmente de suicidio y homicidio (ver Capítulo E.4). El resultado de la evaluación del riesgo, tendrá una influencia importante en el manejo, por ejemplo, en decidir la mejor modalidad de tratamiento para el

Detectando la depresión

La depresión en los adolescentes, a menudo no es identificada por los padres, educadores y profesionales de salud, a veces con trágicas consecuencias. Hannah Modra, una estudiante exitosa y prometedora de 17 años de edad, registró en su diario de vida los síntomas depresivos que había desarrollado recientemente. Aun cuando su familia, preocupada y bien educada, se dio cuenta que algo no iba bien, no entendió qué, y lo potencialmente grave que era. En las palabras de su madre:

“Todavía podía ver que había algo que no estaba bien en Hannah, pero no tenía idea. No sabía qué era, o qué podía hacer yo al respecto, o qué debería hacer al respecto. Y entonces, el 29 de enero le dije, “Mira, ¿Por qué mejor no te llevo al doctor?” El doctor realmente no la conocía. Hannah no decía mucho, solamente se sentó ahí. Y el doctor probablemente pensó que, en una niña de esa edad, probablemente esto tenía que ver con una deficiencia de hierro o una anemia. Entonces nos fuimos y la llevé a hacerse el análisis de sangre, y cuando íbamos de vuelta a la casa, Hannah me dijo, “Mamá, yo sé que no tiene nada que ver con mi sangre.” Pero no le di más vueltas. Sabes, podría haberle dicho, “Bueno, entonces qué es, Hannah?” Pero no lo hice. No hice esa pregunta, y ella no me respondió. Y yo pensé que ella sólo estaba diciendo “Estoy bien”.”

Hannah, que en retrospectiva presentaba síntomas evidentes de depresión, se quitó la vida al día siguiente (Corporación Australiana de Difusión, 2008).

Haga clic en la imagen para ver *La niña menos probable* (30 minutos), un excelente documental sobre la depresión de una adolescente.



paciente (p.ej., hospitalización, ambulatorio).

Informantes

Los padres y educadores tienden a subestimar los sentimientos depresivos en los niños, mientras que las personas jóvenes tienden a sobrestimarlos. Adicionalmente, la información de los cuestionarios e informes de diferentes informantes a menudo difiere entre sí. Esto no necesariamente implica que la información sea falsa—a menudo esto refleja la dificultad de los observadores para interpretar las emociones y la conducta de los niños, y su limitado conocimiento del niño (p.ej., los educadores observan la conducta y las emociones del niño o adolescente en la sala de clases, pero no en la casa o en situaciones sociales). Por tanto, es fundamental realizar una entrevista al niño o adolescente, generalmente en diferentes ocasiones, para obtener una imagen precisa de cómo se está sintiendo. En este contexto, a menudo es difícil integrar información de diferentes fuentes, aun cuando es una habilidad clínica fundamental. Sin embargo, al contrario de lo que pasa en otros cuadros clínicos, como el trastorno de la conducta o el TDAH, cuando se realiza un diagnóstico de depresión, los profesionales debiesen dar más peso a la información entregada por el niño o adolescente, aunque también debe considerarse la información reportada por los padres y educadores.

Gravedad

Es importante evaluar la gravedad del episodio depresivo, ya que las guías de recomendaciones de tratamiento utilizan la gravedad como uno de los criterios para indicar el tratamiento que debiese ser administrado en primer lugar. Sin embargo, las definiciones actuales de gravedad son inadecuadas; la evaluación de la gravedad generalmente se basa en el consenso clínico, y depende de la habilidad y experiencia del profesional. La Tabla E.1.4 proporciona indicaciones sobre la evaluación de la gravedad de los síntomas. También pueden utilizarse escalas de medición de sintomatología depresiva para apoyar la evaluación (ver Tabla E.1.6).

Además de los síntomas depresivos y el impacto negativo en el funcionamiento, existen otros factores (p.ej., riesgo sobre sí mismo o sobre otros) que influyen las decisiones sobre el tratamiento, particularmente sobre qué modalidad de tratamiento es la más adecuada. Por ejemplo, un adolescente con un alto riesgo de suicidio puede requerir hospitalización, mientras que otro adolescente con una depresión grave similar, pero con un bajo riesgo de suicidio, puede no requerirla.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La tristeza y la infelicidad son componentes normales de la experiencia humana, especialmente después de experimentar pérdidas o decepciones. Sin embargo, algunas veces estos sentimientos son tan intensos y persistentes que las personas son incapaces de funcionar al nivel al que estaban acostumbrados. En estas situaciones, se aplican las etiquetas de “depresión clínica”, “depresión mayor”, “enfermedad depresiva” o “melancolía”. En la vida diaria, las personas dicen que están “deprimidos”, queriendo decir que se sienten infelices, decaídos o tristes. Entonces, el problema es, por un lado, distinguir la depresión clínica de los altos y bajos normales propios de la adolescencia, y por el otro lado, de los demás cuadros

Estigma

“El miedo a avergonzarme y el orgullo, han hecho que evite los medicamentos y el acompañamiento psicológico. Sin embargo, yo sería de gran ayuda para los demás si intentara alguna de estas opciones, y les dijera qué cosas funcionan y cuáles no. Todos sabrían que yo tengo una debilidad depresiva, pero estaría ayudándome a mí mismo y a otros” (Corporación Australiana de Difusión, 2008).

Los adolescentes son autoconscientes de su salud mental, y a menudo consideran la depresión como un signo de debilidad o un defecto del carácter. El estigma hace que el diagnóstico y el tratamiento sea más difícil.

clínicos que simulan una depresión.

Depresión y conducta adolescente normal

Una de las preocupaciones más frecuentes de los profesionales cuando deben diagnosticar una depresión es: ¿Cómo podemos distinguir la conducta normal de los adolescentes, de la de aquellos que estás deprimidos? Esto es porque a los adolescentes a menudo se les percibe como malhumorados, irritables, con anhedonia y que siempre están aburridos. La Tabla E.1.5 enumera algunas de las diferencias.

Enfermedad física o medicamentos

Una serie de cuadros clínicos, tratamientos y sustancias pueden simular una depresión en los niños y adolescentes, entre los que se incluyen (esta lista no es exhaustiva):

- Medicamentos: isotretinoína, corticoesteroides y estimulantes (p.ej., anfetaminas, metilfenidato)
- Sustancias de abuso: anfetaminas, cocaína, marihuana, solventes
- Infecciones: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), mononucleosis, influenza
- Trastornos neurológicos: epilepsia, migraña, lesión cerebral traumática
- Sistema endocrino: Enfermedad de Addison, Enfermedad de Cushing, hipopituitarismo, trastornos de la tiroides.

¿Unipolar o bipolar?

Uno de los principales problemas diagnósticos cuando nos enfrentamos con un trastorno depresivo, es determinar si este es de tipo unipolar o bipolar, dado su implicación en el tratamiento. Aunque la presentación puede ser idéntica en ambos tipos, hay características que aumentan la sospecha de que el episodio depresivo sea de tipo bipolar, como por ejemplo, la existencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar, y la presencia de síntomas psicóticos o catatonía. Sin embargo, no se debe realizar el diagnóstico de trastorno bipolar a menos que haya antecedentes de al menos un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, no inducido por drogas o fármacos. Si hay sospecha de lo anterior, se debe indagar cuidadosamente si la persona ha presentado síntomas maníacos o hipomaníacos en el pasado. La distinción entre depresión unipolar o bipolar es difícil, ya que muchas veces el trastorno bipolar se inicia con un episodio de depresión en la infancia o adolescencia, sin haber una historia previa de síntomas maníacos.

Trastornos por consumo de sustancias

Dada la alta frecuencia de consumo de sustancias en los adolescentes, siempre es importante esclarecer si los síntomas depresivos están relacionados con el consumo de sustancias, como las anfetaminas, cocaína, marihuana y disolventes. Por ejemplo, la abstinencia de anfetaminas puede generar (particularmente después de episodios de uso intenso —“consumo continuado”) un cuadro de disforia, fatiga, alteración del sueño y enlentecimiento psicomotriz, que puede ser muy similar a la depresión. Cuando estos síntomas son inducidos por sustancias, se espera que desaparezcan después de algunos días de abstinencia. Si los síntomas depresivos persisten, o preceden al consumo de sustancias, se debiese sospechar

Viraje a manía

La tasa de viraje a hipomanía o manía en los niños y adolescentes con depresión, es más alta que la de los adultos; donde algunos investigadores plantean tasas de hasta un 40%. Sin embargo, en el seguimiento a cinco años del estudio TADS, sólo un 6% desarrolló un trastorno bipolar después de cinco años (Curry et al, 2010). A partir de este y otros estudios, se puede concluir que el trastorno bipolar ocurrirá en aproximadamente un 10% de los adolescentes deprimidos. Las tasas pueden ser mayores si hay antecedentes familiares de trastorno bipolar, y en los niños que presentan un viraje a la manía, mientras están en tratamiento con antidepresivos.

Tabla E.1.6. Selección de escalas para evaluar los síntomas depresivos que son de dominio público, o que están disponibles de forma gratuita para su uso clínico.

Esca	Informante	Comentarios
CES-DC: Centro de Estudios Epidemiológicos-Escala de Depresión (Faulstich et al, 1986)	Autoreporte, reporte de los padres (Niños, adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> Hay dudas respecto a su especificidad para medir los síntomas depresivos (en contraposición a la angustia).
MFQ: Cuestionario de Estado de Ánimo y Sentimientos (Angold et al, 1995)	Autoreporte, reporte de los educadores (Niños, adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> Disponible gratuitamente para uso clínico o de investigación, con autorización.
DSRS: Escala de Autoreporte de Depresión (Birleson, 1981)	Autoreporte (Niños, adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> Disponible en diversos idiomas Pocos estudios
KADS: Escala de Depresión de Kutcher para Adolescentes (Brooks et al., 2003)	Autoreporte (Adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> Existen dos versiones, con 6 y 11 elementos respectivamente. El KADS de 6 elementos está diseñado para su uso en contextos institucionales (como las escuelas o los servicios de atención primaria), donde se utiliza como una herramienta de cribado para identificar a los jóvenes en riesgo de presentar depresión. También es utilizado por profesionales de salud capacitados (como enfermeras, médicos de atención primaria) o educadores (como consejeros escolares) para evaluar a los jóvenes que están angustiados o que se ha identificado que podrían tener un trastorno de salud mental. Actualmente está disponible en inglés, francés, chino, alemán, portugués, coreano y polaco. El KADS de 11 elementos está disponible en inglés, portugués y turco.
PHQ-A: Cuestionarios de Salud del Paciente-Adolescentes (Johnson et al, 2002)	Autoreporte (Adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> Es un cuestionario breve desarrollado como parte del programa PRIME-MD, financiado por Pfizer.
SDQ: Cuestionario Fortalezas y Dificultades (Goodman et al., 2000)	Autoreporte (Adolescentes), reporte de los padres, reporte de los educadores	<ul style="list-style-type: none"> Evalúa psicopatología general, pero una subescala puede ser utilizada para cribar para el riesgo de depresión. Tiene una sensibilidad y especificidad adecuada en el cribado de una "probable" depresión. Puede ser completado en línea por el adolescente, y se puede obtener retroalimentación inmediata en la página web http://www.youthinmind.info/UK/sdqonline/Self/StartSelf.php

Haga clic en la imagen para acceder a la guía de recomendaciones del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE) (2005) .



la presencia de un trastorno depresivo, en comorbilidad con un trastorno por consumo de sustancias.

Esquizofrenia

Cuando los adolescentes presentan síntomas depresivos en conjunto con alucinaciones o delirios, es importante esclarecer si corresponde a un diagnóstico de esquizofrenia o de depresión psicótica. Las características que sugieren la presencia de una depresión psicótica son: antecedentes familiares de depresión o de trastorno bipolar; un inicio relativamente rápido, sin un período prodrómico; la presencia de alucinaciones relacionadas con el estado de ánimo (p.ej., una voz que le dice al paciente que él es malo, o que debería quitarse la vida); o delirios (p.ej., de cometer pecados, pobreza, desastre inminente, la creencia de que se es una bruja y ha causado daño a otros). A pesar de estas diferencias, en la práctica puede ser difícil distinguir entre estos dos cuadros clínicos. Por ejemplo, no es infrecuente que la disforia y el descuido personal característicos del período prodrómico de la esquizofrenia, sean diagnosticados erróneamente como depresión. A menudo, sólo el paso del tiempo (evolución) ayuda a resolver el problema diagnóstico. En las circunstancias en las que hay incertidumbre, mas que realizar el diagnóstico de depresión psicótica o de esquizofrenia, es preferible realizar el diagnóstico de “primer episodio psicótico”, y postergar el diagnóstico para más adelante, cuando la evolución del trastorno lo haga más evidente, o cuando se disponga de más información.

Los objetivos del tratamiento son:

- Reducir al mínimo los síntomas y el impacto negativo
- Acortar el episodio depresivo, y
- Prevenir la recurrencia.

TDAH y trastornos del comportamiento

La irritabilidad y la desmotivación son síntomas muy comunes en los niños — particularmente niños pre-puberales—que presentan TDAH, trastorno negativista desafiante o trastorno de conducta; a menudo en un contexto de disfunción familiar, pobreza, negligencia, programas de acogida o institucionalización. En estos casos, es difícil establecer si la desmotivación es el resultado de la difícil situación del niño, o una manifestación de una depresión clínica. Si los síntomas cumplen los criterios para una depresión, el sistema de clasificación DSM recomienda realizar un diagnóstico comórbido de depresión (p.ej., *dos* diagnósticos). Por el contrario, el sistema de clasificación CIE, recomienda realizar sólo *un* diagnóstico: *trastorno disocial y de las emociones mixto* o *trastorno disocial depresivo*. Las ventajas de un enfoque frente al otro son inciertas, aun cuando la investigación muestra que los niños que presentan tanto problemas de conducta como depresión, evolucionan de forma más similar a los niños con un trastorno de conducta, que a aquellos con una depresión.

Trastorno adaptativo con ánimo depresivo y duelo

A menudo, los profesionales realizan un diagnóstico de trastorno adaptativo cuando el inicio de los síntomas ocurre después de un evento vital significativo. Esto sólo es correcto si los síntomas depresivos clínicamente significativos o el impacto negativo en el funcionamiento ocurren dentro de los tres primeros meses tras la presencia de un estresor identificable, y no cumplen criterios para un trastorno de depresión mayor o duelo. En el caso del trastorno adaptativo, también se espera que los síntomas remitan dentro de los siguientes seis meses después del cese del estresor.

El *duelo* puede tener una presentación clínica similar a un episodio depresivo; pero no se debe realizar un diagnóstico de depresión si los síntomas no son graves, persistentes e incapacitantes (p.ej., culpa excesiva e inadecuada, pensamientos de inutilidad, impacto negativo significativo en el funcionamiento). Los síntomas del duelo tienden a disminuir a lo largo de los días o semanas, y a menudo están asociados a pensamientos o recuerdo del fallecido; no son tan generalizados como en el caso de la depresión mayor; y pueden estar acompañados de períodos de emociones positivas, e incluso humor; y—al contrario de lo que pasa en la depresión mayor, donde los sentimientos de inutilidad son frecuentes—la autoestima generalmente se encuentra conservada.

ESCALAS DE EVALUACIÓN

Existen numerosas escalas de evaluación para la depresión en niños y adolescentes. La *Escala de Depresión de Hamilton*, de uso profesional, es la más utilizada para evaluar la depresión en adultos; sin embargo, su utilización en niños y adolescentes no ha sido tan extensa. La *Escala de Depresión para Niños* (CDRS, por sus siglas en inglés) (Poznanski & Mokros, 1996) también es una escala de uso profesional, que fue desarrollada específicamente para su uso en niños y adolescentes. Esta escala ha sido utilizada en estudios de tratamiento a gran escala, como el TADS (por sus siglas en inglés) (Curry et al, 2010). También existen instrumentos diagnósticos basados en la entrevista, como la *Evaluación Psiquiátrica de Niños y Adolescentes* (CAPA, por sus siglas en inglés) (Angold & Costello, 2000), que se utilizan principalmente en investigación.

Las escalas de evaluación más utilizadas son las autoadministradas, que suelen tener versiones para el niño, los padres y los educadores. Dado que las escalas de evaluación no pueden ser utilizadas en sí mismas para realizar un diagnóstico válido—que requiere una entrevista de evaluación realizada por un profesional competente tanto al paciente como a informantes clave—estos instrumentos se utilizan mayormente con fines de cribado (p.ej., en las escuelas, o entre las personas consideradas en riesgo) o para evaluar la respuesta al tratamiento a lo largo del tiempo (resultados). Cada vez más, son modificadas para ser completadas por los mismos niños y adolescentes, por medio de ordenadores, teléfonos inteligentes (*smartphones*) y tabletas (*tablets*) (Stevens et al, 2008).

En general, las escalas de autoinforme parecen ser de uso limitado en los niños pre-puberales, pero más útiles en los adolescentes. El impacto de las nuevas tecnologías, como los teléfonos inteligentes (*smart phones*), no ha sido suficientemente explotado, y pudieran aumentar su utilidad. La mayoría de estas escalas tienen derechos de autor y son costosas, pero ninguna de ellas ha demostrado su superioridad sobre las demás. La Tabla E.1.6 enumera algunas de las escalas que están disponibles de forma gratuita para su uso clínico; algunas de ellas están disponibles en varios idiomas.

TRATAMIENTO

Es necesario tener expectativas altas, es decir, buscar lograr la remisión total de los síntomas, y un retorno al nivel de funcionamiento premórbido (*recuperación*). Cualquier otro resultado es un resultado subóptimo, ya que la persistencia de los síntomas depresivos aumenta la probabilidad de un funcionamiento psicosocial



Haga clic en la imagen para acceder a una descripción breve de la TCC y la PIP, realizada por Neal Ryan, MD.

inferior, de suicidio y de otros problemas (p.ej., consumo de sustancias), así como también de recaídas y recurrencia.

En la mayoría de los casos, una buena práctica es involucrar a los padres del niño o el adolescente en el proceso de evaluación y tratamiento (por ejemplo, en el análisis de las opciones de tratamiento disponibles y sus ventajas y riesgos relativos); pero el grado va a depender de la edad del niño, la etapa del desarrollo, sus deseos y circunstancias, y la cultura del país. Tomarse tiempo para realizar esto fortalecerá la relación terapéutica y mejorará la adherencia y los resultados del tratamiento. Siempre se recomienda monitorizar regularmente la gravedad de la depresión, utilizando una escala de evaluación (p.ej., alguna de las enumeradas en la Tabla E.1.6). También debe evaluarse regularmente el riesgo suicida, y no solamente en la entrevista de evaluación, dado que el riesgo de suicidio fluctúa en el tiempo.

La *espera vigilante* es un enfoque de manejo de enfermedades, en el que se permite el paso de un período de tiempo, antes de considerar un tratamiento posterior. La espera vigilante generalmente se utiliza en situaciones en las que hay una alta probabilidad de remisión espontánea, o cuando los riesgos del tratamiento pueden sobrepasar los beneficios (p.ej., cáncer de próstata). Un componente clave de la espera vigilante, es el uso de reglas explícitas que garanticen una transición a tiempo a otra forma de manejo, si es necesario. La guía de recomendaciones del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés) (2005), introdujo la espera vigilante como una estrategia “para los niños y adolescentes diagnosticados de depresión leve, que no quieren ser tratados; o que,



Haga clic en la imagen para ver un video que explica el mindfulness (18:05)

Tabla E.1.7. Resumen de la evidencia de la eficacia de las terapias psicosociales para la depresión unipolar.

Tratamiento	Comentarios
Terapia cognitivo conductual (TCC)	<ul style="list-style-type: none"> Alguna evidencia que muestra que las TCC individual (8 a 16 sesiones semanales de una hora de duración) es eficaz en el corto plazo. Las diferencias entre la TCC y la terapia farmacológica habitualmente desaparecen a los 12 meses.
Psicoterapia interpersonal (PIP)	<ul style="list-style-type: none"> Alguna evidencia que muestra que la PIP es eficaz en el corto plazo.
Psicoterapia psicodinámica (psicoanalítica)	<ul style="list-style-type: none"> Muy pocos estudios, pero alguna evidencia de que podría ser eficaz. Requiere una duración mayor del tratamiento (p.ej., un año)
Terapia familiar	<ul style="list-style-type: none"> Más eficaz que la ausencia de tratamiento. No está clara su eficacia en comparación a otros tratamientos. Puede ser particularmente útil en los casos de conflicto y disfunción familiar.
Terapia de grupo (mayormente basadas en TCC)	<ul style="list-style-type: none"> Evidencia limitada, resultados conflictivos. Utilizada mayoritariamente como una intervención preventiva en personas en riesgo.
Autoyuda (p.ej., relajación, folletos o libros educativos, grupos de apoyo)	<ul style="list-style-type: none"> Datos limitados y con resultados conflictivos. Interés creciente en TCC basada en Internet, pero hasta el momento hay poca evidencia de su eficacia. La psicoeducación generalmente está incluida como parte del tratamiento clínico.

Figura E.1.1. Ejemplo de un cuadro del estado de ánimo completado.

		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
ÁNIMO	AM	2	1	4	1	3	6	5
	PM	4	3	2	2	5	6	7
ACTIVIDADES	AM	Escuela Me acusaron	Escuela Mala calificación; no pude hacer la tarea en matemáticas	School Pasé tiempo con un amigo	Escuela Me vieron fumando; castigo	Escuela	Dormí hasta tarde Jugué tenis	Visité a mi abuela en el hospital
	PM	Juegos de computador Saqué a pasear al perro	Juegos de computador Tarea	Juegos de computador Pelea con hermana	Juegos de computador Pelea con madre	Fui a ver una película con amigos	Ayudé a mi padre con la jardinería	Visité a un buen amigo Saqué a pasear al perro

Escribe todas las actividades importantes que realices cada día (mañana y tarde) y evalúa tu estado de ánimo de 0 (muy infeliz), a 5 (ni feliz ni infeliz), a 10 (muy feliz). Usa todo el rango de números (0-10).

en la opinión del profesional de salud, pudieran recuperarse sin un tratamiento; ante esto, se debe programar una evaluación posterior, normalmente dentro de 2 semanas”. Es importante destacar que la espera vigilante *no significa ausencia de tratamiento*. Durante el período de espera vigilante, el tratamiento debe realizarse de acuerdo a lo descrito en la sección de medidas de apoyo a continuación.

Manejo de apoyo

Los parámetros de práctica clínica de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AACAP) (Birmaher et al, 2007), indican que, “en un paciente con una depresión leve o de corta data, con un impacto negativo leve del funcionamiento psicosocial, y con ausencia de riesgo suicida significativo o psicosis, es razonable comenzar el tratamiento con psicoeducación, apoyo y manejo de los estresores ambientales presentes en la familia y en la escuela (mas que con una terapia farmacológica). Se espera observar una respuesta después de 4 a 6 semanas de terapia de apoyo”. Es decir, el uso de la psicoeducación, las medidas de apoyo, y el manejo psicosocial del caso—manejo de apoyo—es una opción de tratamiento válida y ampliamente utilizada, si bien no ha sido bien estudiada en investigación.

Muchos pacientes buscan ayuda después de una crisis (p.ej., un intento suicida); en estas situaciones cargadas de emoción, tienden a exacerbar los síntomas. Manejar la crisis en sí misma, puede ser suficiente para resolver la depresión percibida, particularmente en los servicios de atención primaria. Como parte del manejo de apoyo, ver al adolescente—y a los padres, si corresponde—en dos o tres ocasiones, permite una evaluación más profunda de la enfermedad y de los factores que la mantienen, y analizar con más detalle las opciones de tratamiento, los riesgos y los efectos secundarios. Por tanto, el manejo de apoyo y la espera vigilante, son estrategias útiles cuando el riesgo de suicidio es bajo y la depresión es leve.

“Una sesión de TCC típica comienza estableciendo de forma colaborativa la agenda de esa sesión y revisando la tarea para casa de la semana anterior, y transcurre enseñando y practicando la habilidad cognitiva conductual definida para ese día, abordando las crisis y problemas que han surgido en la vida del niño o adolescente a lo largo de la semana anterior, ayudando al niño o adolescente a resumir las habilidades que ha aprendido durante la sesión, y definiendo las actividades de práctica y tareas para la casa” (Langer et al, 2009).

Ayudando a los adolescentes a resolver problemas de una forma estructurada

1. “¿Cuál es el problema?” — solicitar al adolescente que lo escriba en un papel.
2. Hacer una lista de todas las soluciones posibles — hacer una lluvia de ideas y escribir todas las soluciones posibles que pueda pensar, sin evaluarlas ni emitir juicios respecto a ellas (p.ej., soluciones buenas y malas).
3. Evaluar cada solución posible de la lista, y pensar sobre sus ventajas y desventajas.
4. Pedir al adolescente que elija la mejor o la solución más práctica.
5. Idear cómo se puede implementar la mejor solución, y los recursos necesarios para hacerlo. Puede ser necesario ensayar los pasos más difíciles con el adolescente.
6. Después que el adolescente ha puesto en práctica la solución seleccionada, revisarla con él y reforzar sus esfuerzos. Si la solución no funcionó, revisar los pasos con el adolescente, e identificar una solución alternativa.

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales (resumidas en la Tabla E.1.7), en especial la terapia cognitivo conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (PIP), parecen ser eficaces en el tratamiento de la depresión leve y moderada, si bien el número y la calidad de los estudios que examinan estas terapias específicas es limitado. No se conoce el número óptimo de sesiones de TCC y PIP. La mayoría de los estudios informan del uso de 8 a 16 sesiones semanales, de una hora de duración, aunque las sesiones de refuerzo pueden mejorar los resultados y reducir la recurrencia. En la práctica, el número de sesiones puede ajustarse a las necesidades del paciente, a la gravedad de la enfermedad, y a otros factores relevantes.

Aun cuando los antidepresivos alcanzan mejores resultados a corto plazo, las diferencias entre los resultados de las diferentes intervenciones psicosociales y los antidepresivos, tienden a desaparecer después de 24 a 36 semanas (Equipo TADS, 2007). La calidad del terapeuta (terapeutas capacitados vs. personal técnico), así como también la fuerza de la relación terapeuta-paciente, parecen ser factores relevantes en la respuesta al tratamiento en todas las psicoterapias.

Terapia cognitivo conductual (TCC)

La TCC se basa en el supuesto de que el estado de ánimo depresivo está relacionado con la conducta y los pensamientos de la persona; y que un cambio en los patrones cognitivos y conductuales, conducirá a una disminución de los sentimientos depresivos y a una mejoría en el funcionamiento. Las personas se encuentran expuestas a una serie de estresores, y responden automáticamente a ellos con determinados sentimientos; en los adolescentes deprimidos, estas respuestas automáticas son irrealmente negativas, a menudo catastróficas: “nadie me quiere”; “no soy bueno para nada”. Estos pensamientos depresivos, y las acciones subsiguientes, los hacen sentir peor, generando a menudo un espiral descendente: los sentimientos de infelicidad llevan a pensamientos y conductas negativas irreales. El objetivo del tratamiento es revertir este círculo vicioso, aprendiendo (a) que los propios sentimientos, pensamientos y acciones están interconectadas, y (b) a desarrollar estrategias para tener patrones de pensamiento y conducta más positivos, que a su vez llevarán a tener sentimientos más positivos (Langer et al, 2009).

Respuesta al placebo y gravedad de la depresión

Uno de los aspectos más desconcertantes del tratamiento de la depresión, es la alta tasa de respuesta al placebo, estimada en un 50% a 60%, en los ensayos controlados aleatorizados que estudian el tratamiento farmacológico de la depresión clínica en los niños y adolescentes. Una revisión de estudios controlados aleatorizados, encontró que la respuesta al placebo era mayor en niños que en los adolescentes, y en aquellos con depresión leve; y que aumentaba con el número de centros que participaban en el estudio (Bridge et al., 2009).

La eficacia de los antidepresivos parece no aumentar si aumenta la gravedad del trastorno, pero la respuesta al placebo disminuye. Es decir, la respuesta al placebo es similar a la de los medicamentos en los casos de depresión leve; mientras que la respuesta al placebo es claramente inferior a los medicamentos en la depresión grave. Por ejemplo, en el estudio TADS, en el que los participantes estaban gravemente deprimidos, después de 12 semanas, un 35% de los que estaban tomando placebo respondían al tratamiento, en comparación a un 61% en aquellos que estaban siendo tratados con fluoxetina. Se han observado resultados similares en adultos. Esta es una de las razones por las cuales no se recomienda el uso de antidepresivos como primera línea de tratamiento en la depresión leve.

Tabla E.1.8. Resumen de la evidencia de la eficacia de los fármacos antidepresivos para la depresión unipolar.

Tratamiento	Comentarios
<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos (ATCs): Amitriptilina, clomipramina, desipramina, dosulepina, doxepina, imipramina, lofepramina, nortriptilina, protriptilina, trimipramina • Antidepresivos tetracíclicos (ATeCs): Amoxapina, maprotilina, mianserina, mirtazapina 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe evidencia de su superioridad vs. placebo para ninguno de ellos, particularmente en los niños pre-puberales • Efectos secundarios significativos (anticolinérgicos, prolongación segmento QT) • Su sobredosis es tóxica (cardiotóxica) (con excepción de la mirtazapina) • Deben evitarse en los niños y adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs): <ul style="list-style-type: none"> - citalopram - escitalopram - fluoxetina - fluvoxamina - paroxetina - sertralina 	<ul style="list-style-type: none"> • Como grupo, los ISRSs son más eficaces que el placebo, particularmente en los adolescentes con depresión grave • Pocos efectos secundarios, pero pueden aumentar la suicidalidad • La fluoxetina es la más estudiada, y tiene la mejor evidencia de su eficacia. Está aprobada por la FDA y la EMEA*, para los niños de 8 años o más. • Sertralina, citalopram, escitalopram: menor evidencia fuerte de su eficacia, aunque pueden ser efectivos en pacientes que no responden a la fluoxetina (Brent et al, 2008). El escitalopram ha sido aprobado por la FDA para la depresión en adolescentes • Paroxetina: parece no ser eficaz en los niños y adolescentes, y tiene mayores efectos secundarios que los demás ISRSs. Menor vida media, que fácilmente resulta en síntomas de abstinencia; no se recomienda su uso.
<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSNs): Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran, Levomilnacipran 	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio observó que la venlafaxina era tan eficaz como los ISRSs en pacientes con depresión resistente al tratamiento, pero tenía un peor perfil de efectos secundarios (Brent et al, 2008). No se recomienda en los niños y adolescentes. • No existe evidencia consistente sobre los demás.
<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs): Isocarboxazida, moclobemida, fenzelina, selegilina, tranilcipromina, pirlindol 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay evidencia de su eficacia en niños y adolescentes • Riesgo significativo de efectos secundarios, debido a baja adherencia a las restricciones en la dieta • Deben evitarse en niños y adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Otros antidepresivos: agomelatina, buspiron, nefazodona, vilazodona, vortioxetina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta evidencia de su eficacia en este grupo etario.

*EMEA: Agencia Europea de Medicamentos

Ventajas de los antidepresivos y riesgo de suicidio

Un metanálisis realizado para evaluar el efecto de diversos antidepresivos, principalmente ISRSs, que incluyó 15 estudios controlados aleatorizados en depresión; determinó el número necesario a tratar (NNT), que iba de 4 (para la fluoxetina) a 20 (para la nefazodona) y un promedio total de 10 (Bridge et al, 2007). Es decir, es necesario tratar a cuatro niños o adolescentes deprimidos con fluoxetina, para que uno de ellos muestre una mejoría debido al tratamiento (y no debido a otros factores, como el efecto placebo, o la evolución natural de la enfermedad).

El mismo metanálisis reportó el número necesario a tratar para dañar (NNH) — definido como la aparición de conducta suicida — que iba de 112 (en 13 estudios de depresión), a 200 (en 6 estudios en TOC), y a 143 (en 6 estudios de trastorno de ansiedad sin TOC), con un promedio total de 143. Es decir, es necesario tratar a 112 adolescentes deprimidos con antidepresivos, para que uno de ellos desarrolle una conducta suicida atribuible al tratamiento. En resumen, parece ser que las ventajas de los antidepresivos son mayores que los riesgos de ideación suicida o de intento de suicidio.

La *primera meta* de la TCC es ayudar a los pacientes a identificar la relación entre el estado de ánimo, los pensamientos y las actividades de su vida diaria (p.ej., hablar por teléfono con un amigo, lo que resultará en una mejora del estado de ánimo); y a desafiar algunas de sus creencias negativas; al mismo tiempo, el número de actividades aumenta si se utilizan estrategias, como por ejemplo, destinando un tiempo determinado para realizar actividades placenteras. De manera óptima esto requiere el uso de un diario del estado de ánimo (ver Figura E.1.1). *Otra meta* es ayudar al paciente a discriminar entre los pensamientos que ayudan y los que no ayudan, a desarrollar estrategias para generar pensamientos más útiles, y a practicar el uso de patrones de pensamiento útiles, en respuesta a las situaciones estresantes (reestructuración cognitiva). La *tercera meta* es ayudar a la persona a desarrollar habilidades, que le permitan entablar y mantener relaciones sociales, las que a menudo son afectadas por la depresión; mediante el entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y asertividad.

Psicoterapia interpersonal (PIP)

La psicoterapia interpersonal enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales, señalando que las personas experimentan malestar cuando ocurren interrupciones en sus vínculos significativos. Esto resulta en una pérdida del apoyo social, que causa o mantiene los sentimientos depresivos. Los terapeutas de la PIP no indagan en el pasado del adolescente, y en cambio, se centran en los conflictos interpersonales actuales, localizándose en las habilidades interpersonales del adolescente deprimido, para mejorar sus relaciones (Mufson et al, 2009).

Toxicidad

La toxicidad— muerte debido a un envenenamiento agudo por un fármaco único, con o sin ingesta de alcohol—es mucho más baja entre los ISRSs (1.3 muertes por cada millón de prescripciones) que entre los ATCs (34.8), y los IMAOs (20.0). Es decir, la toxicidad es 27 veces mayor en los ATCs que en los ISRSs. La toxicidad debido a la venlafaxina es relativamente alta (13.2) (Buckley & McManus, 2002).

Farmacogenómica y tratamiento individualizado

En general, los antidepresivos tienen una eficacia moderada, pero existe una amplia variabilidad en la respuesta de los pacientes a antidepresivos individuales. Las características clínicas (p.ej., si hay o no hay presencia de melancolía) no han sido indicadores útiles de la respuesta a los antidepresivos. Actualmente, la única opción disponible es el ensayo-error (p.ej., intentar el tratamiento con un antidepresivo, y, si no funciona, cambiar a otro), lo que es complicado y consume mucho tiempo.

Es bien conocido que cuando los padres responden bien a un fármaco antidepresivo, es altamente probable que sus hijos respondan de la misma forma a ese fármaco. Como resultado de esto, existe un interés creciente por detectar las variantes genéticas (p.ej., transportador de serotonina, transportador de noradrenalina) que podrían estar asociadas con la respuesta a los antidepresivos. Esta situación se ve potenciada, dado que los antidepresivos son metabolizados por enzimas, y éstas varían considerablemente de persona a persona. Por ejemplo, el citocromo P450 (CYP) 2D6 es fundamental para el metabolismo de muchos antidepresivos, pero se han encontrado más de 74 variantes alélicas del gen CYP2D6, y el número sigue en aumento. Estos resultados de la actividad del CYP2D6 varían considerablemente en la población, donde se pueden distinguir metabolizadores “ultra-rápidos”, “extensos”, “intermedios” y “bajos”. La distribución de estos alelos también varía entre los grupos étnicos. Las consecuencias clínicas del polimorfismo del CYP2D6 pueden ser tanto la ocurrencia de efectos secundarios al fármaco, como la ausencia de respuesta a éste. Se espera que, en el futuro, las pruebas genéticas contribuyan a la elección del antidepresivo más adecuado para cada persona. Sin embargo, esto aún no es posible.

La PIP tiene muchas cosas en común con la TCC. Por ejemplo, sus objetivos son relacionar el estado de ánimo con los eventos interpersonales que han sucedido en ese momento, proporcionar psicoeducación respecto a la depresión, y fomentar la participación de la persona en actividades placenteras (especialmente en la escuela) como un medio para sentirse mejor. Sin embargo, su foco son los problemas interpersonales (p.ej., examinar y modificar los patrones de comunicación y las interacciones interpersonales desadaptativas) y el enseñar al adolescente cómo manejarlos de forma constructiva.

En los últimos años, con frecuencia se han añadido técnicas de *mindfulness* a la TCC y la PIP; con una evidencia creciente de su eficacia en el tratamiento de la depresión, y en la prevención de la recurrencia. El *mindfulness* es una técnica mediante la cual las personas se centran en tomar conciencia del momento presente, al tiempo que van reconociendo y aceptando los propios sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales. Haga clic aquí [<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/10.MindfulnessinEverydayLife.pdf>] para acceder a una serie de ejercicios de *mindfulness* para la vida diaria.

Terapia farmacológica

Los fármacos antidepresivos y su eficacia se resumen en la Tabla E.1.8. Los antidepresivos son una herramienta importante para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes; sin embargo, muchos de los antidepresivos que son eficaces en los adultos, no lo son en este grupo de edad (p.ej., antidepresivos tricíclicos) o

Tabla E.1.9. Resumen de la evidencia de la eficacia de los tratamientos físicos para la depresión unipolar.

Tratamiento	Comentarios
Terapia Electroconvulsiva (TEC)	<ul style="list-style-type: none"> • La TEC es raramente utilizada en este grupo etario. Parece ser de efectividad similar a la de los adultos • Utilizada en la depresión mayor, cuando no hay respuesta o no son tolerados otros tratamientos • TEC no debiese ser utilizada en los niños pre-puberales, excepto en circunstancias extremas • Pocos efectos secundarios, principalmente amnesia retrógrada • Uso sujeto a restricciones legales en algunos países
Estimulación magnética transcranial (TMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos estudios, pero resultados preliminares prometedores • Tratamiento experimental en esta etapa • Los efectos secundarios son generalmente leves y transitorios, la mayoría de las veces dolor de cabeza y del cuero cabelludo
Terapia de luz	<ul style="list-style-type: none"> • Datos limitados, pero existen estudios controlados que han observado resultados positivos • Utilizada para el trastorno del estado de ánimo estacional. Se ha sugerido que también podría ser efectiva en el trastorno del estado de ánimo no-estacional (p.ej., en pacientes de mayor edad) • Pocos efectos adversos

Síndrome serotoninérgico

El síndrome serotoninérgico es un efecto tóxico potencialmente grave, debido a una cantidad excesiva de serotonina. Se ha observado en sobredosis de (a) un fármaco único (generalmente un ISRS), (b) con el uso simultáneo de dos fármacos que aumentan los niveles de serotonina o la transmisión de serotonina (p.ej., inhibidores de la monoamino oxidasa, o moclobemida utilizada en conjunto con cualquier fármaco que inhiba la recaptación de serotonina, como los ISRSs y algunos antidepresivos tricíclicos), o (c) por la ausencia de un período de depuración cuando se hace un cambio de antidepresivos. Entre las situaciones de riesgo del síndrome se incluyen la polifarmacia, el uso de medicamentos de venta libre o de medicamentos alternativos, como la hierba de San Juan, o de drogas ilícitas, como el éxtasis.

Entre las características clínicas del síndrome serotoninérgico se incluyen:

- **Mentales:** confusión, agitación, hipomanía, hiperactividad, inquietud.
- **Neuromusculares:** clonus (espontáneo, inducible u ocular), hipertonia, hiperreflexia, ataxia, tremor (la hipertonia y el clonus son simétricos y más evidentes en los miembros inferiores).

Tabla E.1.10. Resumen de la evidencia de la eficacia de los tratamientos alternativos para la depresión unipolar.

Tratamiento	Comentarios
Hierba de San Juan (<i>hypericum</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Muchos estudios controlados aleatorizados en pacientes adultos, la mayoría con depresión leve. Los resultados son inconsistentes—los estudios de gran tamaño y mejor diseño metodológico en pacientes con sintomatología más grave, muestran resultados negativos más frecuentemente que los estudios más pequeños, realizados en pacientes con depresión leve. Datos muy limitados en niños. La <i>Hypericum</i> podría ser tan beneficiosa como los antidepresivos en la depresión leve. Pocos efectos adversos Riesgo significativo de interacción con un amplio rango de fármacos, debido a una activación del sistema de citocromo P450
Ácidos grasos Omega-3	<ul style="list-style-type: none"> Diversos estudios controlados aleatorizados en adultos, de calidad heterogénea. Pocos estudios en niños y adolescentes. No está claro aún si son efectivos. Menores efectos secundarios, leves.
S-Adenosil Metionina (SAME)	<ul style="list-style-type: none"> Estudios de calidad inconsistente, que muestran que el SAME podría ser tan efectivo como los antidepresivos tricíclicos en adultos. No hay evidencia en niños.
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> Alguna evidencia de beneficios específicos en pacientes de mayor edad con depresión leve. No hay evidencia definitiva en los niños y adolescentes.

su uso es demasiado peligroso (p.ej., IMAOs)— lo que subraya el tema de que los datos empíricos obtenidos en los ensayos de tratamiento realizados en adultos, no pueden necesariamente ser generalizados a los niños y adolescentes. En todo caso, el efecto placebo es mayor en los niños y adolescentes que en los adultos, en el cual la gravedad del episodio depresivo es un aspecto importante: los antidepresivos no son más eficaces que el placebo en la depresión moderada, pero son más eficaces cuando la depresión es grave.

Un aspecto clave al prescribir medicamentos, y al obtener el consentimiento informado para ello, es analizar con el paciente y su familia:

- Razones para la administración del medicamento
- Posibles efectos adversos (entre los que se incluyen el surgimiento o aumento del pensamiento suicida, nerviosismo, agitación, irritabilidad e inestabilidad anímica)
- Necesidad de tomar los medicamentos tal cual fueron prescritos, y
- Acción retardada de los antidepresivos (para atenuar las expectativas de resultados inmediatos).

Una buena práctica clínica también incluye hacer un seguimiento semanal de la evolución del paciente (personalmente o, cuando no es posible, telefónicamente), durante el primer mes del tratamiento farmacológico. Estas sesiones de seguimiento permiten realizar un apoyo, y monitorizar los efectos secundarios y la respuesta al tratamiento (mediante la administración de una escala de evaluación de la depresión en cada sesión).

El clonus es la característica más importante en el diagnóstico.

- Autónomas:** hipertermia, sudoración, taquicardia, hipertensión, midriasis, enrojecimiento del rostro, escalofríos.

El subtratamiento—una dosis insuficiente o por un tiempo inadecuado—es un error común en la práctica clínica. Aun cuando es importante comenzar con una dosis baja, debe aumentarse gradualmente la dosis de fármaco, hasta que los síntomas disminuyan o aparezcan efectos secundarios, teniendo en cuenta que existe una amplia variabilidad individual en la dosis farmacológica requerida.

Efectos secundarios de los medicamentos

Dado que raramente se utilizan otros antidepresivos distintos a los ISRSs en los niños y adolescentes, sólo se presentarán en detalle los efectos adversos de los ISRSs. En el caso de los ATCs, los principales efectos secundarios son los anticolinérgicos y la cardiotoxicidad, mientras que en el caso de los IMAOs, el mayor riesgo es la crisis hipertensiva.

Suicidalidad

Paradójicamente, se ha sugerido que los ISRSs pueden inducir la conducta suicida en los niños y adolescentes. Determinar si esto es cierto no es fácil, porque la depresión también aumenta el riesgo de suicidio. Hasta el momento, los datos son contradictorios. Por un lado, los estudios fármaco-epidemiológicos y ecológicos sugieren que el aumento del uso de ISRSs puede haber generado una disminución del suicidio adolescente. Por otro lado, una revisión de estudios controlados en más de 4400 niños y adolescentes, realizada por la FDA, observó un aumento pequeño pero sólido a corto plazo (2%) en la incidencia de la suicidalidad (pensamientos suicidas, intentos suicidas) en aquellos en tratamiento con antidepresivos, mayoritariamente ISRSs, en comparación con el placebo. No se observaron suicidios. Estos resultados generaron que la FDA y las instituciones reguladoras hicieran una alerta respecto a este riesgo. Los mecanismos en la base de este fenómeno aún son inciertos. Los ISRSs pueden inducir acatisia, agitación, irritabilidad y desinhibición. Al igual que otros antidepresivos, los ISRSs también pueden producir un viraje a manía.

Estos resultados implican que los pacientes deben ser advertidos de este riesgo, y los profesionales deben poner en práctica estrategias para manejarlo,

Figura E.2.2 Recuperación y recurrencia: Participantes del TADS después de cinco años (Curry J et al. 2010).



como por ejemplo, realizar sesiones de seguimiento durante el primer mes de tratamiento, y educar al paciente y a su familia respecto a la detección de cambios en el comportamiento (p.ej., agitación, pensamientos de autolesión) una vez que se inicia la terapia farmacológica.

Otros efectos secundarios

Los ISRSs también se asocian con mayores tasas de agitación, acatisia, pesadillas y alteraciones del sueño, problemas gastrointestinales, aumento de peso, disfunción sexual (disminución del deseo sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo, incapacidad para mantener una erección) y un aumento del riesgo de hemorragia. La mayoría de los efectos secundarios son dependientes de la dosis, y pueden ser controlados reduciendo la dosis.

Dependiendo de la vida media del ISRSs específico, la suspensión abrupta del tratamiento, o la omisión de varias dosis, puede causar síntomas de abstinencia, también llamado síndrome de discontinuación, entre los que se incluyen: náuseas, dolor de cabeza, mareos, y síntomas similares a los de la gripe (infrecuentes con la fluoxetina, muy frecuentes con la paroxetina). La suspensión abrupta también puede aumentar la probabilidad de recaídas o recurrencia.

Uso de antidepresivos en el embarazo

El uso de ISRSs (los demás antidepresivos no están recomendados para su uso en niños y adolescentes) durante el embarazo es un problema importante, debido a que se ha informado de que se asocian a teratogenicidad, aborto espontáneo y parto prematuro, bajo peso al nacer, e hipertensión pulmonar. La evidencia es conflictiva, pero su peso sugiere que el uso correcto de los ISRSs es seguro. Por lo tanto, la mayoría de las recomendaciones de tratamiento, establecen que, si los beneficios potenciales son mayores que los riesgos, debería considerarse la prescripción de ISRSs (con excepción de la paroxetina) para el tratamiento de

La **optimización** es aumentar la dosis del medicamento (o la psicoterapia) a su dosis máxima, o extender la duración del tratamiento. Esta es la primera estrategia a considerar cuando los pacientes no muestran mejoría, a menos que el paciente presente efectos secundarios, o esté reticente a continuar con el tratamiento.

Un tratamiento **coadyuvante** es la adición de otro tipo de fármaco (p.ej., litio, otro tipo de antidepresivos) o, si no ha sido ya administrado, la adición de TCC o PIP.

Cambio de tratamiento significa suspender o disminuir gradualmente la dosis de un fármaco, mientras se introduce gradualmente otro fármaco distinto. Este cambio puede ser: (a) a un fármaco diferente de la misma categoría (p.ej., de un ISRS a otro ISRS), (b) a una categoría diferente de fármacos antidepresivos (p.ej., de un ISRS a un IRNS), o (c) a psicoterapia.

Tabla E.1.11. Factores asociados a una respuesta parcial o a una ausencia de respuesta al tratamiento.

Paciente	Familia	Ambiente	Profesional
<ul style="list-style-type: none"> Menor edad Depresión grave Baja respuesta en el corto plazo Peor funcionamiento Alteración del apetito o del peso Alteración del sueño Baja adherencia Cuadros clínicos o trastornos psiquiátricos comórbidos Efectos secundarios Fármacos (p.ej. esteroides) 	<ul style="list-style-type: none"> Depresión materna Falta de cooperación Inestabilidad Maltrato, conflictos Psicopatología (p.ej., drogas y alcohol) 	<ul style="list-style-type: none"> Acoso escolar Estresores Barrio o escuela disfuncional Grupo de pares antisociales Problemas culturales/ étnicos 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico erróneo Tratamiento inadecuado (no basado en la evidencia, dosis inadecuadas o de duración insuficiente) No reconocer los efectos secundarios Mala relación terapéutica entre el profesional y el paciente

la depresión mayor durante el embarazo; teniendo en cuenta que la depresión en sí misma conlleva riesgos. No debe utilizarse la paroxetina, ya que se asocia a malformaciones mayores y a alteraciones cardíacas (Bellantuono et al, 2007).

Tratamientos físicos

Los tratamientos físicos se resumen en la Tabla E.1.9. Además de la terapia farmacológica, se utilizan diversos tratamientos físicos en el manejo de la depresión en niños y adolescentes. De estos, la terapia electroconvulsiva (TEC) ha sido administrada en niños y adolescentes durante los últimos 60 años—descrita como “salva vidas” en algunos casos—y tiene un lugar en el conjunto de herramientas que se utilizan para tratar la depresión. Sin embargo, no existen ensayos controlados realizados en niños y adolescentes (representan desafíos éticos significativos) y no hay consenso respecto a cuándo debiera utilizarse la TEC, si en un momento temprano en el curso del tratamiento (p.ej., si los antidepresivos no son tolerados), como un *último recurso*, o nunca. Esto refleja las actitudes individuales de los países respecto a la TEC, que ha sido fuertemente estigmatizada, dado que en ocasiones ha sido utilizada como un medio de control político, representaciones negativas en los medios de comunicación, o utilizada erróneamente por algunos psiquiatras. Como resultado de esto, muchos estados disponen restricciones legales a su uso—algunos países (p.ej., Eslovenia) incluso han prohibido su uso.

Más recientemente, se ha utilizado la *estimulación magnética transcranial* (TMS, por sus siglas en inglés) en niños y adolescentes, pero por el momento sólo puede considerarse un tratamiento experimental. Para más detalles, vea el artículo de Walter y Ghaziuddin (2009). La *terapia de luz* ha sido utilizada para los trastornos del estado de ánimo estacional, con algo de éxito.

Tratamientos de medicina complementaria y alternativa

En los últimos tiempos, se ha extendido el uso de los tratamientos de medicina complementaria y alternativa (CAM, por sus siglas en inglés) (ver Capítulo J.2). Por ejemplo, la hierba de San Juan es uno de los antidepresivos más prescritos en niños en Alemania. Una multitud de intervenciones de CAM han sido recomendadas o utilizadas en el tratamiento de la depresión, pero casi ninguna de ellas está respaldada por evidencia científica sobre su eficacia, particularmente en niños y adolescentes. Esto es exacerbado por el hecho que los tratamientos CAM tienen que satisfacer criterios de eficacia y seguridad menos rigurosos que los dispuestos para los fármacos de prescripción. Por ejemplo, no tienen una preparación estandarizada, y son más propensos a la contaminación, adulteración, y al uso de dosis inadecuadas, entre otros problemas. Aun cuando los profesionales reconocen el interés de los pacientes y las familias en las terapias de CAM, a menudo no se sienten cómodos de preguntar por ellas, analizarlas, o recomendarlas. Sin embargo, una evaluación clínica adecuada debe incluir preguntas de rutina respecto al uso de CAM. Una postura abierta e informada por parte del profesional, a menudo conduce a que los pacientes y sus familias admitan su uso, y permite reconocer las creencias y aversiones de los pacientes, y obtener mejores resultados en los pacientes. Los tratamientos de medicina alternativa se resumen en la Tabla E.1.10.

Combinando los fármacos antidepresivos y la TCC

El TADS mostró que la combinación de un ISRS (fluoxetina) y TCC tenía un efecto mayor que si se utilizaba la fluoxetina o la TCC por sí sola. Los resultados obtenidos en los adultos con depresión también sugieren que agregar TCC a la terapia con antidepresivos lleva a mayores tasas de mejoría. En consecuencia, muchas guías de tratamiento recomiendan el uso de un ISRS combinado con TCC como el tratamiento de elección para la depresión grave en la población joven.

Un metanálisis (Dubicka B et al, 2010) revisó si la TCC confería beneficios adicionales al tratamiento farmacológico en los adolescentes con depresión unipolar. Los resultados mostraron que no había una ventaja cuando los antidepresivos se combinaban con TCC, en comparación a la terapia farmacológica por sí sola, para los síntomas depresivos, el riesgo suicida y la mejoría global inmediatamente después del tratamiento o en el seguimiento. El tratamiento combinado sí tenía como resultado una disminución del impacto negativo a corto plazo (a las 12 semanas). Por tanto, estos resultados desafían el conocimiento actual, pero deben ser replicados. Sin embargo, algunos grupos específicos de niños y adolescentes pueden verse beneficiados de la combinación de ambos tratamientos.

Ha surgido evidencia de que la combinación de fármacos antidepresivos y

MANEJO DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS AGUDOS

Episodio depresivo unipolar

En general, el tratamiento del episodio depresivo unipolar en niños y adolescentes, actualmente se define por su gravedad. Los profesionales deben contactar con los niños y adolescentes con depresión, que no asisten a las sesiones de seguimiento después de la evaluación.

- *Leve*: manejo y apoyo o tratamiento psicosocial, si está disponible. Si no hay respuesta después de 4 a 6 semanas: TCC, PIP o terapia farmacológica.
- *Moderado*: manejo y apoyo o tratamiento psicosocial, si está disponible; en algunos casos (p.ej., preferencia del paciente, no disponibilidad del tratamiento psicosocial), terapia farmacológica. También debe utilizarse terapia farmacológica si no hay respuesta después de 4 a 6 semanas de manejo y apoyo, o de tratamiento psicosocial.
- *Grave*: tratamiento farmacológico y tratamiento con antidepresivos
- *Depresión psicótica*: tratamiento igual que para la depresión grave, agregando un antipsicótico de segunda generación.

Episodio depresivo bipolar (ver también Capítulo E.2)

Existe poca evidencia disponible que guíe el tratamiento en niños y adolescentes. Por tanto, las recomendaciones se extrapolan de los datos obtenidos en la población adulta (Frye, 2011):

- El tratamiento de primera línea (inicial) debiera ser el carbonato de litio o la quetiapina
- El tratamiento de segunda línea debiera ser:
 - (a) Una combinación de litio o valproato con un ISRS
 - (b) Olanzapina y un ISRS, o
 - (c) Lamotrigina.
- No existe evidencia de que los antidepresivos por sí solos (sin un estabilizador del ánimo) sean útiles, y *no se recomiendan*, debido al riesgo de viraje a manía o de inducción de ciclación rápida.
- Se debe evitar el uso de litio y de valproato en las mujeres en edad gestacional (teratogénico).

¿Cuál antidepresivo?

- La elección del antidepresivo debe basarse en dos consideraciones importantes: su *eficacia* y *perfil de seguridad*. Como grupo, los ISRS son los antidepresivos más seguros; dentro de estos, la fluoxetina tiene la mayor evidencia de eficacia en niños y adolescentes.
- Tanto la respuesta o no respuesta al tratamiento, como la aparición de efectos secundarios, durante el tratamiento de un episodio depresivo anterior, van a influir en la elección del fármaco a utilizar en el episodio actual.
- Comenzar con 10mg de fluoxetina. Si es bien tolerado, aumentar la dosis

TCC puede ser más eficaz que otras intervenciones, en los adolescentes que no han tenido una evolución adecuada con el tratamiento con antidepresivos.

a 20mg después de una semana; en los niños pre-puberales, generalmente 20mg son suficientes. En los adolescentes, si no hay una respuesta adecuada con 20mg y es bien tolerada, puede ser necesario aumentar la dosis a 30 o 40mg; sin embargo, en la mayoría de los casos, 20mg son suficientes.

- Si la fluoxetina no es bien tolerada, o existen otras razones para no utilizarla, intentar el tratamiento con otro ISRS (p.ej., sertralina o escitalopram).

Duración del tratamiento

Es ampliamente aceptado que suspender el tratamiento de forma temprana (p.ej., después de 8 a 12 semanas), cuando el paciente está mostrando mejoría, a menudo resulta en una recaída. La experiencia sugiere que el tratamiento debiera mantenerse al menos seis meses después de la recuperación. Los antidepresivos deben suspenderse gradualmente, y no de forma abrupta, para evitar posibles síntomas de abstinencia, que son frecuentes en la suspensión del tratamiento con antidepresivos, pero particularmente frecuente en los ISRSs de vida media corta.

Si el paciente no muestra mejoría

La mayoría de los pacientes se recuperan; con el tratamiento en curso, la mejoría continúa después de 12 semanas. Por ejemplo, en el seguimiento del estudio TADS, un 88% se había recuperado a los dos años, y un 96% a los cinco años (Curry et al, 2010). Sin embargo, esto también evidencia que una pequeña minoría de los pacientes no se recupera (ver la Figura E.2.2). Antes de considerar si un paciente *responde parcialmente, no responde o es resistente al tratamiento*, es importante revisar todos los factores potenciales, que pueden haber contribuido a la baja respuesta del paciente; estos se enumeran en la Tabla E.1.11. Por ejemplo, un niño con depresión no mostraba mejoría; la evaluación en profundidad evidenció que la madre estaba deprimida; y el tratamiento de la depresión materna resultó a su vez en una mejoría en el niño. Una evaluación clínica realizada en un adolescente que no mostraba mejoría, reveló la presencia de episodios breves de síntomas hipomaniacos, y la existencia de un abuelo afectado por un trastorno bipolar; el tratamiento con carbonato de litio produjo una mejoría de los síntomas.

Uno de los temas centrales es establecer si el paciente está siendo tratado con un antidepresivo eficaz, en la dosis adecuada (p.ej., 40mg de fluoxetina) y por el tiempo suficiente (p.ej., 12 semanas). Una dosis inadecuada también puede ser debido a una baja adherencia al tratamiento, voluntaria o accidental.

Resistencia al tratamiento

A pesar de la importancia de este tema, existen muy pocos datos empíricos disponibles sobre la depresión resistente al tratamiento en niños y adolescentes, y no hay consenso respecto a su definición. Birmaher y colaboradores (2009) proponen la siguiente definición de resistencia al tratamiento: un niño o adolescente cuyos síntomas depresivos e impacto negativo en el funcionamiento persisten después de 8 a 12 semanas de un tratamiento farmacológico óptimo; o después de 8 a 16 sesiones de PIP o TCC y posterior tratamiento farmacológico con un antidepresivo alternativo; o terapia adyuvante con otros medicamentos o psicoterapia basada en la evidencia. Es decir, la resistencia al tratamiento sólo debe ser diagnosticada después de dos ensayos de tratamientos basados en la evidencia, en una dosis adecuada, y con una duración adecuada (p.ej., 12 semanas).

Según Kleinman (2004), "la cultura confunde con el diagnóstico y el manejo, no sólo influyendo sobre la experiencia de la depresión, sino también en la búsqueda de ayuda, la comunicación entre el profesional y el paciente, y la práctica profesional. La cultura también afecta la interacción entre los factores de riesgo, y el apoyo social y los factores psicológicos protectores, que contribuyen a la depresión en primer lugar. La cultura incluso puede crear entornos distintivos para la expresión genética y la reacción fisiológica, que puede resultar en una biología local de la depresión: la investigación disponible ya ha demostrado que las personas de origen étnico metabolizan los fármacos antidepresivos de forma distinta."

Una vez que se ha confirmado la resistencia al tratamiento, existen diversas opciones disponibles (de acuerdo a la experiencia clínica y la extrapolación de los datos en población adulta), aunque ninguna de ellas está respaldada por la evidencia. Entre estas se incluyen la optimización, el cambio de tratamiento, los coadyuvantes y la TEC. Un aspecto práctico importante es que los cambios en el tratamiento deben ser realizados de uno en uno; de lo contrario, será difícil definir cuál de los cambios provocó la mejoría.

Existe poca evidencia empírica respecto a las ventajas del cambio versus la coadyuvancia, aunque parece que el cambio de fluoxetina a otro ISRS o a venlafaxina produce una respuesta en alrededor de un tercio de los pacientes, datos similares a los obtenidos en población adulta (Brent et al, 2008). Sin embargo, aquellos tratados con venlafaxina muestran más efectos secundarios. Lo anterior sugiere que, si la opción elegida es el cambio, el fármaco elegido debería ser otro ISRS más que venlafaxina.

Modalidad de tratamiento

La mayoría de los niños y adolescentes deprimidos deberían recibir tratamiento ambulatorio, lo que minimiza la interrupción de la asistencia a la escuela, de las relaciones familiares y sociales, y el estigma. La hospitalización sólo se justifica cuando no es posible garantizar la seguridad del paciente (p.ej., alto riesgo suicida), la depresión es muy grave (p.ej., síntomas psicóticos graves), o hay una ausencia de respuesta al tratamiento. En este último caso, el ingreso en el hospital puede permitir una evaluación más precisa de las razones de la ausencia de respuesta, y controlar más de cerca la adherencia y los cambios en el tratamiento.

DEPRESIÓN RECURRENTE

Ya se ha subrayado que la depresión es una enfermedad que tiende a recurrir en los niños y adolescentes. Por ejemplo, en el seguimiento del estudio TADS, casi la mitad (47%) de aquellos que se recuperaban, tenían una recaída a los 5 años. Los adolescentes que habían tenido una baja respuesta al tratamiento a corto plazo, las mujeres, y aquellos con un trastorno de ansiedad comórbido, tenían mayor probabilidad de presentar un nuevo episodio. Sin embargo, las tasas de recurrencia era las mismas, independientemente del tratamiento administrado (p.ej., aquellos que recibieron fluoxetina en combinación con TCC no parecieron obtener un beneficio adicional) (Curry et al, 2010). El tratamiento de una recurrencia debe ser el mismo que el de un episodio agudo. Las recurrencias frecuentes pueden requerir un tratamiento permanente con un antidepresivo.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN COMÓRBIDA A OTROS TRASTORNOS

En niños y adolescentes, tratar la depresión comórbida con otros trastornos psiquiátricos (p.ej., ansiedad, TDAH) requiere una habilidad particular. El objetivo debe ser aliviar los síntomas del trastorno más grave primero, y monitorizar los cambios en los síntomas, utilizando escalas de evaluación específicas, y no evaluando el funcionamiento global por sí solo:

- Si es posible, comenzar con un sólo medicamento.
- Hacer sólo un cambio o adición de medicamento a la vez, y permitir el

Las barreras se refieren a:

- Recursos: personal capacitado, servicios disponibles, costes
- Aspectos culturales: percepciones de la depresión, estigma
- Uso de fármacos

Los principios que guían la prevención (Garber 2009) son:

- Hazlo simple
- Hazlo interesante, y
- Hazlo relevante

tiempo adecuado para la respuesta y el ajuste de dosis.

- Se justifica un cambio en el medicamento si después de 4 a 8 semanas no hay respuesta o ésta es mínima, a pesar de que la dosis es la adecuada. Si hay alguna respuesta, continuar con el medicamento, asegurándose de que la dosis sea la adecuada.
- Si los síntomas persisten después de la administración de dos tratamientos basados en la evidencia, seguir el protocolo para la depresión resistente al tratamiento.
- Si se justifica la utilización de múltiples medicamentos (p.ej., para tratar las comorbilidades), se deben tener en cuenta y monitorizar las potenciales interacciones.

Consumo de sustancias

La depresión comórbida al trastorno de consumo de sustancias plantea desafíos particulares, y, por lo tanto, es crítico involucrar de forma constructiva a los padres en estos esfuerzos. Dado el alto riesgo de daño, es muy importante implementar un plan de seguridad cuando se evalúa por primera vez al adolescente; y mantener una mayor vigilancia durante todo el tratamiento. Esto puede incluir psicoeducación respecto a una sexualidad responsable en enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH, en anticoncepción; y en el impacto adicional a estos riesgos que conllevan la depresión y el consumo de sustancias. Es necesario enfatizar que las drogas y el alcohol no son tratamientos aceptables para la depresión; puede parecer como que alivian los síntomas a corto plazo, pero a largo plazo los agravan.

El tratamiento debe ser integral; es decir, concurrente más que secuencial. Por ejemplo, no se debe esperar a que el adolescente suspenda el consumo de drogas para comenzar con el tratamiento con antidepresivos. Las psicoterapias, como la terapia familiar, la terapia de motivación y la TCC, también deben ser administradas de forma simultánea.

El manejo de un paciente con un trastorno por consumo de sustancias puede requerir la toma de muestras de laboratorio de forma regular, como por ejemplo, exámenes de orina de cribado para drogas. En este caso, el clínico debe saber con anterioridad, generalmente después de haberlo hablado con el adolescente—a quién informará de los resultados, bajo qué circunstancias, y cómo utilizará esa información (ver Capítulos G.1, G.2 y G.3).

Depresión en las personas con discapacidad intelectual

En las personas con discapacidad intelectual es difícil diagnosticar la depresión, y a menudo no es identificada. No se disponen de datos sobre la prevalencia de la depresión en niños con discapacidad intelectual, aun cuando algunos sugieren que puede ser varias veces más frecuente que en la población general. Las personas con discapacidad intelectual con depresión, generalmente presentan una expresión facial triste o afligida, irritabilidad y llanto, pérdida del interés en actividades habituales o intereses estereotipados y alteraciones del sueño y el apetito, con respecto a su comportamiento anterior. En las personas con discapacidad intelectual grave, la presencia de disminución de la ingesta de alimentos o un rechazo a los mismos, enlentecimiento psicomotor, impacto negativo en el autocuidado, y catatonía,

sugieren una depresión. Los adolescentes con discapacidad intelectual moderada, frecuentemente son capaces de informar sobre su mundo interno, y describir sus síntomas depresivos, como tristeza, desesperanza, y pensamiento suicida. Por lo tanto, es importante recoger información de los padres, cuidadores y educadores.

Dado que no existe evidencia empírica respecto al tratamiento de la depresión en niños y adolescentes con discapacidad intelectual, el manejo recomendado es el mismo que para los niños y adolescentes sin discapacidad intelectual; con los ajustes adecuados (p.ej., los aspectos cognitivos a menudo son poco aplicables). En relación al consentimiento del tratamiento, estos pacientes plantean problemas particulares, especialmente en el caso de tratamientos invasivos (como la TEC).

Depresión comórbida con una enfermedad física

La depresión es frecuente en niños y adolescentes con una enfermedad física crónica, y tiene un impacto negativo considerable en su calidad de vida. Según Ortiz-Aguayo y Campo (2009) “mas que ser otro trastorno que afecta al niño físicamente enfermo, la relación entre enfermedad física y depresión es complicada y bidireccional.” Como resultado de esto, la detección y el diagnóstico de depresión en niños con enfermedades crónicas es un gran desafío, ya que existe el riesgo de atribuir erróneamente los síntomas de la enfermedad física (p.ej., fatiga, alteraciones del sueño o el apetito) a un trastorno del ánimo, y viceversa. Por eso es fundamental evaluar los cambios en el funcionamiento.

Si bien el tratamiento es el mismo que el descrito para los episodios depresivos en otros niños y adolescentes, la terapia farmacológica es especialmente adecuada para el manejo de la depresión en contextos médicos; sin embargo, también tiene sus inconvenientes, como por ejemplo mayor probabilidad de efectos adversos e interacciones entre fármacos, por lo que requiere un ajuste cuidadoso. Por ejemplo, los ISRSs pueden aumentar el riesgo de hemorragia gastrointestinal en niños con trastornos de la coagulación, o en combinación con fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

PERSPECTIVAS TRANSCULTURALES

¿Todos los niños y adolescentes, independientemente de su cultura, experimentan la depresión y sus manifestaciones de la misma forma, o ésta varía de acuerdo al contexto cultural? Existen muchos obstáculos para responder esta pregunta. Uno de ellos es la falta de datos epidemiológicos sobre los trastornos mentales en la infancia en los países en vías de desarrollo. En consecuencia, la investigación es limitada y poco fiable y esto se agudiza con la variabilidad en las prácticas diagnósticas. Si bien es necesario considerar la cultura en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la infancia, es difícil desentrañar qué es biológico, qué es cultural, y qué es debido a problemas en los servicios. Por ejemplo, se ha sugerido que el aumento en las tasas de depresión infantil en Norteamérica y Europa, sólo son un reflejo de una disminución en el umbral de diagnóstico; mientras que la alta tasa de suicidio entre las mujeres jóvenes chinas en comparación con los hombres, así como su asociación más débil con la depresión, parece ser debido a una mayor exposición a pesticidas, y a un peor acceso a servicios de salud de Urgencias en las comunidades rurales en China. Aunque no se relacionan específicamente con síntomas depresivos, sino con

síntomas conductuales y emocionales en general, la evidencia disponible sugiere que las diferencias dentro de los grupos de una sociedad, pueden ser mayores que las diferencias entre distintas sociedades (Achenbach et al, 2008).

Existen muchos informes de casos, de diferencias culturales en la manifestación de la depresión. Por ejemplo, los síntomas depresivos en Afganistán son similares a los de otros países; pero en Afganistán, la mayoría de los pacientes deprimidos refieren deseos de muerte pasivos, más que pensamientos de muerte activos. A pesar de que se ha sugerido que la alta incidencia de sentimientos de culpa en los países occidentales es debida a la influencia de la religión judío-cristiana; cuando se comparan las diferentes religiones, la presencia o ausencia de sentimientos de culpa se asocia al nivel educativo y a la gravedad de la depresión, más que al contexto religioso (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Los pacientes japoneses no describen su depresión de la misma forma que los americanos, ni tampoco expresan sus sentimientos de la misma forma. Para los japoneses, las imágenes concretas de la naturaleza permiten expresar las emociones personales; como resultado de esto, cuando expresan emociones, a menudo lo hacen sin conectarse o referirse personalmente a ellas. En la población hispanica, la depresión se experimenta frecuentemente en términos somáticos, más que experimentar sentimientos de culpa o de ánimo bajo. Los profesionales deben tener en cuenta que los adolescentes hispanos deprimidos pueden presentar dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales y cardiovasculares, o quejas de “nerviosismo”. Muchas personas chinas, cuando están deprimidas, no refieren sentirse tristes; se quejan de aburrimiento, sentimientos de presión interna, dolor, mareo y fatiga, y a menudo consideran que el diagnóstico de depresión es moralmente inaceptable y sin sentido.

BARRERAS A LA IMPLEMENTACIÓN DE TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

Existen numerosas barreras a la implementación de tratamientos para la depresión basados en la evidencia, en los países de bajos ingresos (para más detalles, ver Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Esto es altamente preocupante, ya que la proporción de la población menor a 18 años es mucho mayor en los países de bajos ingresos, que en los países ricos.

Las barreras al tratamiento existen en todos los países, pero son mayores en aquellos de bajos ingresos. Además de los problemas relacionados con el transporte y la capacidad de costear los servicios, la escasez de profesionales capacitados en esta área es un problema global. No solamente hay pocos psiquiatras de niños y adolescentes sino que también, en muchos países, incluso en aquellos desarrollados, la profesión no se encuentra reconocida como una especialidad. En el 2006, se estimó que el número de psiquiatras infantiles por cada millón de personas es de 21 en EEUU, 2.8 en Singapur, 2.5 en Hong Kong, y 0.5 en Malasia. Con algunas excepciones, el número de psiquiatras de niños y adolescentes es insignificante en la mayoría de los países de África, Este del Mediterráneo, Sudeste Asiático, y Oeste del Pacífico. Esto también afecta a los psicólogos infantiles, los trabajadores sociales y las enfermeras entrenadas en esta área, y a los servicios disponibles. A menudo, las brechas al tratamiento son cubiertas por figuras religiosas (p.ej., sacerdotes, imanes) y curanderos (ver el Capítulo J.2). En muchos países, incluso en los desarrollados,

no existen servicios de salud ambulatorios para niños y adolescentes.

Los países de Europa Central y Oriental merecen una mención especial. Constituyen 30 democracias nuevas, con una población total de alrededor de 400 millones, que han estado bajo regímenes comunistas de 50 a 70 años, y han cambiado a sistemas de gobierno democráticos a fines del siglo XX (ver el Capítulo J.10). Estos países de Europa Central y del Este desarrollaron un sistema único de salud mental impulsado por la ideología soviética, centrada en instituciones residenciales que reflejan las políticas estatales basadas en la exclusión social de los grupos vulnerables. Frecuentemente, la solución era institucionalizar a los niños cuando las familias estaban en crisis, o cuando los niños desarrollaban algún problema. La creencia de que los problemas psicosociales habían sido resueltos exitosamente por el sistema político soviético, tuvo como consecuencia que se pasara por alto la existencia de factores psicosociales. Estas actitudes y estructuras están cambiando gradualmente (Puras, 2009).

El conocimiento y la actitud de los padres, educadores y profesionales de salud respecto a la depresión, puede llevar a un retraso en la búsqueda de ayuda, o a una búsqueda inadecuada; o puede obstaculizar la adherencia a las recomendaciones del profesional de salud. En general, en los países en desarrollo, el conocimiento respecto a la depresión es limitado, y hay un mayor estigma frente a los problemas emocionales—son vistos como un signo de debilidad, contagiosos—en algunas culturas más que otras. Sin embargo, el estigma parece ser una barrera al tratamiento más significativa en los países de altos ingresos, que en los de bajos ingresos. La percepción respecto a la depresión a menudo es inconsistente. Por ejemplo, un estudio sugirió que las personas turcas identifican a la depresión como una enfermedad, la perciben como un problema social, creen que la depresión puede ser tratada con fármacos, pero tienen poco conocimiento sobre los medicamentos y el tratamiento, y tienen dudas sobre la aceptación de los pacientes con depresión por parte de la sociedad (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Capacitar a los médicos y profesionales de salud de atención primaria en el diagnóstico y tratamiento de la depresión puede ser la mejor forma de mejorar el acceso al tratamiento.

El acceso a los tratamientos psicosociales es muy precario en los países en desarrollo, debido a la falta de profesionales capacitados; lo que también ocurre en el acceso a los medicamentos. La lista de los principales medicamentos de uso en pacientes pediátricos de la OMS (2010), sólo incluye fluoxetina, mientras que en adultos, sólo incluye fluoxetina y amitriptilina para el tratamiento de los trastornos del ánimo, así como el carbonato de litio, la carbamazepina, y el ácido valproico, para el trastorno bipolar. Menos de la mitad de los países del mundo financia de alguna forma los medicamentos. Además, incluso si se prescribe un medicamento, es probable que el seguimiento sea inadecuado.

PREVENCIÓN

El objetivo de la prevención es reducir la probabilidad de que una población desarrolle síntomas y trastornos depresivos (intervención *universal*). También existen otras opciones preventivas disponibles, más específicas, que pueden ser de mayor utilidad; por ejemplo, una intervención temprana para personas con un nivel subclínico de síntomas depresivos, que apunta a reducir estos síntomas y a

prevenir el desarrollo de un episodio depresivo completo: prevención *selectiva* (si los participantes tienen factores de riesgo significativos) o *indicada* (cuando las personas ya muestran niveles subclínicos de síntomas depresivos). La Tabla E.1.3 enumera los principales factores de riesgo, y sus implicaciones para la prevención.

En general, los resultados de los programas de prevención han sido variables. Los programas específicos (selectivos e indicados) han mostrado tamaños de efecto pequeños a moderados, si bien superiores a los de los programas universales, que han mostrado ser altamente ineficaces. Los programas más eficaces se centran en la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas sociales, las habilidades de comunicación interpersonal, las estrategias de afrontamiento, y el entrenamiento en asertividad, tanto en modalidad individual como grupal. Los programas preventivos se realizan generalmente en grupos de niños o adolescentes, en la escuela o en contextos clínicos (Garber 2009; Grupo Operativo de Servicios Preventivos de EEUU, 2009). Un enfoque que parece haber alcanzado un éxito mayor, es el *Curso para Adolescentes de Afrontamiento de la Depresión*. Este programa consiste en ocho sesiones grupales semanales, de 90 minutos de duración, seguidas de seis sesiones de refuerzo. En un estudio, el programa mostró efectos significativos sostenidos en la prevención de la aparición de episodios depresivos en jóvenes en riesgo, al ser comparado con el tratamiento habitual, durante un período de 3 años (Beardslee et al, 2013).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angold A, Costello EJ, Messer SC et al. The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5:237–249.
- Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:39–48.
- Australian Broadcasting Corporation. *The Girl Less Likely*. 15 September 2008.
- Bellantuono C, Migliarese G, Gentile S (2007). Serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of major malformations: A systematic review. *Human Psychopharmacology*, 22:121–128.
- Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 940-947.
- Birleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1981;22:73-88.
- Birmaher B, Brent D and the AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007; 46:1503-1526.
- Birmaher B, Brent D. Treatment resistant depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:209-219.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1427-1439.
- Brent D, Emslie G, Clarke G 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; 299:901-913.
- Bridge JA, Birmaher B, Iyengar S et al. Placebo response in randomized controlled trials of antidepressants for pediatric major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2009;166: 42–49.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB 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; 297:1683-1996.
- Brooks SJ, Krulwicz S, Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2003; 13:337–349.
- Buckley NA, McManus PR. Fatal toxicity of serotonergic and other antidepressant drugs: analysis of United Kingdom mortality data. *BMJ* 2002;325:1332–1333.
- Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137:445-449.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 18;301(5631):386-389.
- Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G et al. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164:1668–1675.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:837-844.
- Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G et al. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry* 2010. Published online November 1, 2010. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.150.
- Dubicka B, Elvins R, Roberts C et al. Combined treatment with cognitive behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 197: 433-440.
- Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L et al. Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(8):1024–1027.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Miller AL, Kennedy MA. Life stress, 5-HTTLPR and mental disorder: findings from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* 2011;198:129-135.
- Frye MA. Bipolar disorder. A focus on depression. *New England Journal of Medicine*, 2011;364:51-59.
- Garber J. Prevention of depression and early intervention with sub-clinical depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:274-294.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 2000; 177: 534-539.
- Inal-Emiroglu FN, Diler RS. International views and treatment practices. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott

- Williams & Wilkins 2009:332-340.
- Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL et al. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30:196-204.
- Kleinman A. Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 2004; 351:951-953.
- Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*. Published online January 3, 2011. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- Krishnan V, Nestler EJ. Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167:1305–1320.
- Langer DA, Chiu A, Asarnow JR. How to use CBT for youth depression: A guide to implementation. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:100-113.
- Mufson L, Verdelli H, Clougherty KF et al. How to use interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:114-127.
- Nathan B. “And Then My Tears Subsided...” National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. National Clinical Practice Guideline Number 28. Leicester, UK: The British Psychological Society 2005.
- OMS. *Model List of Essential Medicines 16th list (updated) March 2010*.
- Ortiz-Aguayo R, Campo JV. Treating depression in children and adolescents with chronic physical illness. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:295-309.
- Puras D. Development of child mental health services in Central and Eastern Europe. *IACAPAP Bulletin*, 2009; 24:9-10.
- Poznanski E, Mokros H. *Children's Depression Rating Scale—Revised Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1996.
- Rey JM. How to use complementary and alternative medicine treatments. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:151-161.
- Risch N, Herrell R, Lehner T et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. A meta-analysis. *JAMA*, 2009; 301:2462-2471.
- Stevens J, Kelleher KJ, Gardner W et al. Trial of computerized screening for adolescent behavioral concerns. *Pediatrics* 2008; 121: 1099-1105.
- US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, 2009; 123:1223-1228.
- TADS Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS). Long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:1132-1144.
- Walter G, Ghaziuddin N. Using other biological treatments: Electroconvulsive therapy (ECT), transcranial magnetic stimulation, vagus nerve stimulation, and light therapy. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:87-99.

Apéndice E.1.1

EJERCICIOS AUTODIRIGIDOS DE APRENDIZAJE Y AUTOEVALUACIÓN

- Entreviste a un niño o adolescente que presenta síntomas depresivos.
- Escriba una carta al médico de familia o al profesional que realiza la derivación, sintetizando el caso anteriormente descrito (formulación), incluyendo un diagnóstico provisional y un plan de tratamiento (como fue solicitado en el Capítulo A.10).
- Vea el documental “La Chica Menos Probable” (“The Girl Less Likely”, en inglés) (30 minutos) <http://www.abc.net.au/austory/specials/leastlikely/default.htm> y escriba un resumen (de extensión menor a una página) destacando los temas centrales que surgen en el documental.
- ¿Cuáles son las causas médicas importantes de los síntomas depresivos, que deben ser consideradas antes de realizar un diagnóstico de depresión mayor? (ver página 12)
- Escriba un breve resumen que describa los factores de riesgo para la depresión (ver la Tabla E.1.3 en la página 7).
- Describa y compare el manejo adecuado de la depresión unipolar leve, moderada y grave (ver la página 23).
- Describa la diferencia entre el tratamiento de la depresión unipolar y bipolar y las razones de base (ver las páginas 23 y 24).

PSM E.1.1 *¿Qué clase de fármaco es el tratamiento de primera línea en niños y adolescentes para la depresión grave o la depresión moderada que no responde a la psicoterapia?*

- A. Inhibidores de la monoamino oxidasa
- B. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- C. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina
- D. Antidepresivos tetracíclicos
- E. Antidepresivos tricíclicos

PSM E.1.2 *En el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, la fluoxetina:*

- A. Es el fármaco más estudiado y que tiene mayor evidencia de efectividad
- B. Es un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Noradrenalina
- C. Presenta más efectos secundarios que los demás ISRSs
- D. Es un inhibidor de la monoamino oxidasa
- E. Es un antidepresivo tricíclico

PSM E.1.3 *En el tratamiento de la depresión en adolescentes, la paroxetina:*

- A. Tiene una vida media más larga que los demás inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- B. Ha mostrado ser tan efectiva como los otros antidepresivos
- C. Tiene más efectos secundarios que los otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- D. No tiene síntomas de abstinencia
- E. Tiene menor probabilidad de causar un síndrome serotoninérgico

PSM E.1.4 *De las siguientes sustancias, ¿Cuál de ellas no es conocida por imitar la depresión en niños y adolescentes?*

- A. Corticoesteroides
- B. Isotretinoína
- C. Marihuana
- D. Solventes
- E. Tetraciclinas

PSM E.1.5 La prevalencia de depresión en niños y adolescentes:

- A. Es menor en las adolescentes mujeres que en los adolescentes hombres
- B. Es más alta en los pacientes afectados con otras enfermedades médicas crónicas
- C. Es más baja en los niños pertenecientes a minorías indígenas
- D. Es menor en la adolescencia que en la infancia
- E. Es la misma independientemente del país

PSM E.1.6 La evolución de la depresión en niños y adolescentes:

- A. Generalmente no presenta episodios recurrentes
- B. Es mejor cuando su inicio es temprano
- C. Es probable que continúe en la vida adulta
- D. No es similar a la que presentan los adultos
- E. Por lo general, los episodios no remiten espontáneamente.

PSM E.1.7 De las siguientes alternativas, ¿Cuál de ellas no es un predictor de recurrencia en niños y adolescentes?

- A. Comorbilidad
- B. Mayor desesperanza
- C. Ingreso socioeconómico alto
- D. Estilo cognitivo negativo
- E. Episodios previos

PSM E.1.8 De los siguientes cuadros clínicos, ¿Cuál de ellos no es conocido por imitar la depresión en niños y adolescentes?:

- A. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)
- B. Estenosis pilórica
- C. Mononucleosis
- D. Enfermedad tiroídea
- E. Migraña

PSM E.1.9 De las siguientes alternativas, ¿Cuál de ellas no hace sospechar que el episodio depresivo es parte de un trastorno bipolar?:

- A. Síntomas catatónicos
- B. Enfermedad tiroídea comórbida
- C. Antecedentes familiares de trastorno bipolar
- D. Episodio maníaco después del tratamiento con antidepresivos
- E. Síntomas psicóticos.

PE.1.10 La depresión parental es el factor de riesgo para la depresión en la descendencia que ha sido replicado de forma más consistente.

¿Verdadero o falso?

PE.1.11 El diagnóstico de un trastorno de personalidad en un adolescente con depresión debe ser provisional, y debe ser realizado en base a los síntomas y el funcionamiento fuera del episodio depresivo.

¿Verdadero o falso?

PSM E.1.12 ¿Cuál de las siguientes terapias psicosociales tiene evidencia de su eficacia para la depresión leve a moderada, en tan solo 8 a 16 sesiones?

- A. Terapia Cognitivo Conductual
- B. Terapia familiar
- C. Terapia de grupo
- D. Psicoterapia psicodinámica (psicoanalítica)
- E. Autoayuda

PSM E.1.13 Aunque los antidepresivos tienden a alcanzar mejores resultados a corto plazo, la diferencia entre la farmacoterapia y la terapia tiende a desaparecer después de:

- A. 2-5 semanas
- B. 6-10 semanas
- C. 11-18 semanas

D. 19-23 semanas

E. 24-36 semanas

PSM E.1.14 *El síntoma clave en el diagnóstico del síndrome serotoninérgico es:*

- A. Ataxia
- B. Bradicardia
- C. Espasmos
- D. Confusión
- E. Diarrea

PSM E.1.15 *En un niño de 10 años de edad con un episodio depresivo unipolar leve, la primera intervención debiese ser:*

- A. Antidepresivos
- B. Terapia electroconvulsiva
- C. S-adenosil metionina
- D. Antipsicóticos de segunda generación
- E. Brindar apoyo o terapia psicosocial

PSM E.1.16 *El tratamiento de primera línea para un episodio bipolar en los primeros años de adolescencia generalmente es:*

- A. Un antidepresivo
- B. Lamotrigina
- C. Carbonato de litio o quetiapina
- D. Olanzapina y un antidepresivo
- E. Valproato y un antidepresivo

PSM E.1.17 *El tratamiento con antidepresivos en un adolescente con un primer episodio de depresión unipolar debe:*

- A. Continuar al menos 6 meses después de la recuperación
- B. Continuar indefinidamente
- C. Continuar hasta la recuperación
- D. Detenerse después de 6 meses
- E. Detenerse después de 8 semanas

RESPUESTAS

- PSM E.1.1: B; ver página 18,19 y 21.
- PSM E.1.2: A; ver página 21.
- PSM E.1.3: C; ver la Tabla E.1.8 en la página 21
- PSM E.1.4: E; ver página 12
- PSM E.1.5: B; ver página 2-3.
- PSM E.1.6: C; ver página 3-4.
- PSM E.1.7: C; ver página 4.
- PSM E.1.8: B; ver página 12
- PSM E.1.9: B; ver página 12
- P E.1.10: Verdadero; ver página 5
- P E.1.11: Verdadero; ver página 8
- PSM E.1.12: A; ver página 16
- PSM E.1.13; E; ver página 17
- PSM E.1.14: C; ver página 23
- PSM E.1.15: E; ver página 16
- PSM E.1.16: C; ver página 23
- PSM E.1.17: A; ver página 24-25.