



# Trastornos depresivos en niños y adolescentes

NURIA MARTÍNEZ-MARTÍN

Médico Psiquiatra. Unidad Clínico Funcional de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

[nmartinez@salud.madrid.org](mailto:nmartinez@salud.madrid.org)

● La depresión en niños y adolescentes está infradiagnosticada e infratratada.

● En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre el crecimiento y el desarrollo personal, el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales.

● Los trastornos depresivos en la adolescencia se asocian a trastornos conductuales graves (consumo de drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y agresividad), por lo que, además del propio coste personal, pueden conllevar un grave coste social.

● La depresión mayor es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes, por tanto hemos de preguntar siempre por ideación suicida o deseos de muerte tanto al paciente como a sus familiares.

● Existen evidencias de la continuidad del trastorno depresivo en la etapa adulta, lo que supone altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas, problemas laborales y de relación en un futuro.

## Introducción

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica y nivel cultural y suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general. Si bien existen numerosos estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en edad adulta, son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente. Sus resultados, además, son variables, debido a la dificultad diagnóstica en esta edad, los criterios diagnósticos empleados o las técnicas de entrevista utilizadas. Dadas las peculiaridades de la depresión en la infancia y la adolescencia, es importante disponer de profesionales en atención primaria y en salud mental infantojuvenil que tengan formación y experiencia en el manejo del trastorno en estas edades, así como contar con los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento.

## Epidemiología

Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006)<sup>1</sup>, la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) se estima del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años, y del 3,4% en jóvenes de 18 años. Antes de la pubertad, la prevalencia de depresión no difiere según sexo<sup>2</sup>. Entre adolescentes, sin embargo, la prevalencia es mayor para el sexo femenino, con una razón 2:1<sup>3</sup>. Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre 2 y 4 veces superior de persistencia de la enfermedad en la edad adulta<sup>4</sup>.

Aunque el dato está aún por confirmar, se cree que con cada generación aumenta el riesgo de presentar un trastorno depresivo a una edad cada vez más temprana (anticipación genética)<sup>5</sup>.

## Clínica

Los síntomas están marcados por la edad del niño y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo<sup>6</sup>. En la primera infancia, la irritabilidad constituye el rasgo característico de la depresión. Entre los adolescentes, los síntomas cardinales son la apatía (pérdida de interés) y la anhedonia (incapacidad para experimentar placer).

En la tabla 1 se resumen los principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil según edad.

Las enfermedades englobadas en los trastornos depresivos forman un continuo que va desde la tristeza normal hasta las formas más graves del TDM<sup>7</sup>.

– El trastorno adaptativo está en el extremo más cercano de la normalidad. Cursa con síntomas depresivos leves, autolimitados y claramente relacionados con un factor desencadenante (divorcio de los padres, nacimiento de un hermano, duelo, etc.).

– El trastorno depresivo no especificado, también denominado episodio depresivo leve, depresión menor o subsindrómica, tiene al menos un síntoma central de TDM: tristeza, irritabilidad o anhedonia, asociado a otros 3 síntomas de depresión mayor. No ha de cumplir los criterios de gravedad, duración o cantidad de síntomas presentes de un TDM<sup>8</sup>.

– El trastorno distímico es de inicio insidioso, cursa con síntomas subsindrómicos y tiene un curso fluctuante. Se mantiene al menos durante un año en niños y adolescentes. Es un cuadro depresivo más leve y más crónico que el TDM. No es necesario que los síntomas estén presentes casi cada día, como en el TDM, y no pueden durar más de 2 meses. Cuando un episodio depresivo mayor surge a partir de una distimia se llama depresión doble y tiene un curso más crónico y peor pronóstico<sup>9</sup>.

**Tabla 1.** Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil según edad

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Menores de 7 años</b>              | <p>El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia</p> <p>También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional</p> <p>En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia a los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis)</p>  |
| <b>Niños de 7 años a edad puberal</b> | <p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en 3 esferas: a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte; b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales; y c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), bajo peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito</p>  |
| <b>Adolescentes</b>                   | <p>Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal. Aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones, pueden tener pensamientos relativos al suicidio</p> <p>Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria</p> |

Fuente: Grupo de Trabajo sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia<sup>10</sup>.

## Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno depresivo es clínico y se realiza mediante una historia detallada del niño y los padres y una exploración de estado mental. También puede ser de gran utilidad la información aportada por el entorno escolar.

En la entrevista clínica se debe:

- Valorar el episodio depresivo actual (síntomas, repercusión en el funcionamiento global, posibles factores etiológicos). Es imprescindible preguntar al niño y los padres sobre ideas de muerte o de suicidio.
- Conocer posibles episodios previos del paciente y antecedentes psiquiátricos familiares.

Además, es necesario realizar una exploración física completa y analítica general. Se pedirán pruebas biológicas y complementarias si se consideran indicadas para diagnóstico diferencial de otras enfermedades médicas.

Pueden ser útiles para el diagnóstico cuestionarios autoaplicados como el Cuestionario de Depresión Infantil para niños de 7 a 17 años

y la escala de depresión de Beck para niños y adolescentes para niños entre 7 y 14 años<sup>10</sup>.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados en la clínica son los incluidos en Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, publicada por la Organización Mundial de la Salud<sup>11</sup>, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV TR, publicado por la Sociedad Americana de Psiquiatría<sup>12</sup>.

En las tablas 2 y 3 se muestran los criterios de gravedad del TDM según ambas clasificaciones.

Desde febrero del 2014 está disponible la quinta versión de este manual (DSM-5), que presenta algunas modificaciones en relación a estos trastornos:

- Incluye el trastorno de estado de ánimo disruptivo y no regulado, que caracterizaría a los niños con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol de conducta (rabietas), 3 o más veces a la semana durante más de un año.
- El duelo ya no excluye el diagnóstico de depresión. El DSM-IV TR excluía a las per-

## Lectura rápida



La depresión durante la infancia, a día de hoy, continúa siendo una entidad infradiagnosticada, lo que se traduce en mayor número de complicaciones y comorbilidades, así como aumento del riesgo de cronicidad o de la aparición de enfermedades psiquiátricas en la edad adulta.

A diferencia de los adultos, la depresión en los niños no se manifiesta tanto como un estado de ánimo alterado identificado claramente por el paciente, sino como un conjunto de síntomas variables en función del estado evolutivo, que abarcan desde alteraciones conductuales (conductas delictivas, agresividad, consumo de tóxicos), hasta retraso del desarrollo psicomotor, disminución del rendimiento escolar o aparición de síntomas somáticos, lo que dificulta el diagnóstico.

El diagnóstico de la depresión infantojuvenil es clínico y ha de realizarse a través de una entrevista detallada dirigida tanto al paciente como a sus cuidadores (investigando sobre posibles estresores desencadenantes [personales o sociales] y antecedentes personales y familiares de enfermedad mental) y una exploración física y analítica que permita descartar enfermedades médicas que pueden manifestarse con síntomas depresivos.



## Lectura rápida



La depresión es una de las causas más importantes de riesgo de suicidio; por ello, es necesario preguntar siempre por ideas autolíticas o deseos de muerte, ya que, lejos de incitar a ellas, podremos evitar un paso al acto.

Pueden ser útiles para el diagnóstico cuestionarios autoaplicados, como el Cuestionario de Depresión Infantil para niños de 7 a 17 años y la escala de depresión de Beck para niños y adolescentes para niños entre 7 y 14 años, aunque su uso no está recomendado como prueba de cribado en la población general.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados en la clínica son los incluidos en Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV TR, publicado por la Sociedad Americana de Psiquiatría, donde también se incluyen criterios de gravedad (leve, moderado, grave), grado de remisión (parcial, total) y la presencia de otros síntomas asociados (melancólicos, catatónicos, psicóticos, atípicos, patrón estacional o posparto).



**Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10**

| <b>Criterios A. Criterios generales para episodio depresivo</b>  |   |
|--|---|
| – El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas  |   |
| – El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico  |   |
| <b>Criterios B. Presencia de al menos 2 de los siguientes síntomas:</b>  |   |
| <b>Adultos</b>   | <b>Niños y adolescentes</b>   |
| Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos 2 semanas   | El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como «paso al acto», comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos |
| Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras  | La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares  |
| Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad   | La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga  |
| <b>Criterios C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de 4:</b>  |   |
| Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad   | Similar a los adultos   |
| Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada   | Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente  |
| Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida  | Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y «gestos» autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.)  |
| Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones  | Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar  |
| Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición   | Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo   |
| Alteraciones del sueño de cualquier tipo   | Similar a los adultos   |
| Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso   | Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo   |
| <b>Criterio D. Puede haber o no síndrome somático*</b>   | Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños  |
| <b>Episodio depresivo leve:</b> están presentes 2 o 3 síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades  |   |
| <b>Episodio depresivo moderado:</b> están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias  |   |
| <b>Episodio depresivo grave:</b> deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos, tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo |   |

\*Síndrome somático: véase la tabla 4.  
Fuente: CIE-1011.



**Tabla 3.** Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor (DSM-IV-TR)

**Criterio A.** Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de 2 semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser humor triste deprimido o irritable o (2) pérdida de interés o placer

1. Humor triste, deprimido o irritable la mayor parte del día, casi cada día, indicado por el relato subjetivo (p. ej., se siente triste o vacío) o por observación de otros (p. ej., llanto)
2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En niños pequeños se considera la falta de ganancia ponderal esperada para su etapa del desarrollo
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicómotores casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo)
8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico

**Criterio B.** Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

**Criterio C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes

**Criterio D.** Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (p. ej., hipotiroidismo)

**Criterio E.** Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor

Fuente: DSM-IV TR<sup>12</sup>.

sonas que mostraban síntomas tras la pérdida de un ser querido en los 2 meses previos.

La distimia del DSM-IV TR aparece en el DSM-5 como trastorno depresivo persistente e incluye tanto el TDM como el trastorno distímico.

– Incluye 2 categorías en el TDM que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida<sup>13</sup>.

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se debe realizar con la tristeza normal, otros trastornos psiquiátricos y algunas enfermedades médicas.

– El sentimiento de tristeza es normal cuando es proporcional al factor desencadenante (p. ej., la muerte de un ser querido), se alivia

mediante situaciones positivas y se resuelve espontáneamente. La diferencia más importante entre la depresión como enfermedad y los «altibajos normales» de la adolescencia es que los síntomas se asocian al sufrimiento o malestar interno y al deterioro de funcionamiento del paciente.

– Enfermedad bipolar. Es difícil el diagnóstico diferencial en el primer episodio depresivo. Los antecedentes familiares de enfermedad bipolar, psicosis, manía o hipomanía secundaria a antidepresivos nos pueden orientar.

– Trastorno por déficit de atención (TDA). Los niños deprimidos pueden presentar síntomas de inatención acompañados de inhibición motora, especialmente en depresión melancólica. En el TDA este ensimismamiento no está tan relacionado con preocupaciones con carga afectiva. Son más propios de la depresión los sentimientos de culpa, el retardo motor, las somatizaciones, la astenia y la anorexia.

## Lectura rápida



En febrero del 2014 se ha publicado el DSM-5, que presenta algunas novedades: la inclusión del duelo en el diagnóstico de depresión; la categoría de trastorno de estado de ánimo disruptivo y no regulado; y 2 categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida, el desorden del comportamiento suicida y la autolesión no suicida.

Es necesario hacer el diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor con enfermedades psiquiátricas que pueden cursar con síntomas parecidos a la depresión, con algunas enfermedades médicas, con tratamientos farmacológicos y con el consumo de drogas.

La comorbilidad aparece entre un 40 y un 90% de los casos, siendo las enfermedades comórbidas más frecuentes la ansiedad y los trastornos de conducta graves (consumo de alcohol y drogas, actos delictivos con agresividad y violencia, promiscuidad sexual, etc.).



## Lectura rápida



En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/conductas autolesivas o comorbilidades, el pediatra podrá dejar pasar un período de 2 semanas de observación y seguimiento de la evolución donde se proporcionará apoyo activo al niño o adolescente y sus familias, facilitando pautas de vida saludable, psicoeducativas o de manejo de situaciones.

Se derivarán inicialmente a atención especializada aquellos pacientes con ideación suicida, conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades graves (abuso de sustancias o patología mental), aunque el grado de depresión sea leve, y todos aquellos niños o adolescentes con depresión mayor moderada-grave.

La mayor parte de las guías clínicas proponen la psicoterapia como primera opción terapéutica, mientras que el tratamiento farmacológico se reservaría para aquellos casos más graves o resistentes en los que no se observe respuesta tras varias semanas de tratamiento psicológico.

– Trastornos de ansiedad. Hay un solapamiento de síntomas entre la ansiedad y la depresión. Son más característicos de la ansiedad la actitud hipervigilante, la sensación interna de tensión, pánico, evitación fóbica, inseguridad, indecisión y agitación psicomotriz.

– Abuso de drogas. La intoxicación aguda, el uso crónico o la abstinencia pueden provocar síntomas depresivos. La persistencia de los síntomas durante un período prolongado de abstinencia indica un trastorno primario del humor.

– Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Es necesario establecer un orden cronológico preciso entre la aparición de los síntomas depresivos y psicóticos, y su relación temporal. Hay 3 posibilidades fundamentalmente:

1. Episodio depresivo con síntomas psicóticos. Predominan los síntomas depresivos sobre los psicóticos y ambos desaparecen o recurren al mismo tiempo. Con frecuencia hay antecedentes familiares de síntomas depresivos y no de psicosis.

2. Episodio depresivo pospsicótico. Los síntomas aparecen tras la resolución de los síntomas psicóticos. Es frecuente en el curso de una esquizofrenia.

3. Trastorno esquizoafectivo. Los síntomas depresivos y psicóticos aparecen a la vez, son igual de severos y tienden a la cronicidad.

– Trastorno del aprendizaje. Con frecuencia aparecen síntomas depresivos secundarios al fracaso escolar. Suele ser importante conocer el cociente intelectual del niño.

– Enfermedad médica. Algunos fármacos, tóxicos y enfermedades médicas pueden dar manifestaciones similares a la depresión en la infancia y en la adolescencia. Si hay indicios

de consumo de estos fármacos o síntomas que orienten a estas patologías se realizarán las pruebas diagnósticas necesarias. En la tabla 4 destacamos algunos de ellos.

## Comorbilidad

Entre el 40 y el 90% de los adolescentes deprimidos presentan un trastorno comórbido<sup>14</sup> y al menos el 20-50% tienen 2 o más. La mayoría de ellos empiezan antes del primer episodio depresivo, salvo el abuso de drogas y el trastorno por pánico, que suelen comenzar al final de la adolescencia. Los más frecuentes son los trastornos de conducta y de ansiedad<sup>15</sup>.

## Tratamiento

En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/conductas autolesivas y comorbilidades, el pediatra podrá dejar pasar un período de 2 semanas de observación y seguimiento de la evolución. En este período se proporcionará apoyo activo al niño o adolescente y su familia, facilitando pautas de vida saludable, psicoeducativas o de manejo de situaciones. Si tras este período persisten los síntomas depresivos, se recomienda derivar al paciente a atención especializada (AE)<sup>10</sup>.

Se derivará inicialmente a AE aquellos pacientes con:

– Ideación suicida, conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades graves (abuso de sustancias o patología mental), aunque el grado de depresión sea leve.

**Tabla 4.** Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor

| Enfermedades médicas <sup>a</sup>  | Fármacos                     | Tóxicos     |
|--|------------------------------|-------------|
| Endocrinas: anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Addison                            | Glucocorticoides sistémicos  | Alcohol     |
| Neurológicas: síndrome poscontusión, epilepsia, tumores del sistema nervioso central | Anticonvulsivantes           | Cocaína     |
| Metabólicas: diabetes, déficit de vitamina B12                                       | Neurolépticos                | Opioides    |
| Autoinmunes: lupus eritematoso sistémico   | Estimulantes                 | Anfetaminas |
| Infecciosas: hepatitis, mononucleosis, VIH   | Anticonceptivos por vía oral | Cannabis    |

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

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

– Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada-grave.

En la AE, el tratamiento de elección del TDM leve será una terapia psicológica durante un período de 8 a 12 semanas. Las modalidades de psicoterapia recomendadas son la terapia cognitivo/conductual, la terapia familiar o la terapia interpersonal. En los casos de depresión moderada o grave se recomienda terapia combinada (psicológica y farmacológica)<sup>16</sup>.

Los únicos fármacos antidepressivos recomendables en el tratamiento de la depresión moderada o grave de niños o adolescentes son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)<sup>17</sup>. La fluoxetina es el ISRS con más ensayos que apoyen su uso en estos grupos de edad, aunque también han demostrado su eficacia la sertralina y el escitalopram. No se recomienda la utilización de antidepressivos tricíclicos, paroxetina, venlafaxina o mirtazapina en el tratamiento de la depresión mayor de niños y adolescentes<sup>18,19</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía



- Importante
- Muy importante
- Epidemiología
- Metanálisis
- Ensayo clínico controlado

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [consultado 14 Mar 2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>.

2. Canals J, Marti-Henneberg C, Fernandez-Ballart J, Domech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Europ Child Adolesc Psychiatry*. 1995;4(2):102-11.
3. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med*. 1998;28(1):51-61.
4. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry*. 1999;156(1):133-5.
5. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(11):1427-39.
6. Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. *Child and adolescent psychiatry*. 4.ª ed. Oxford: Blackwell Publishing Company; 2005.
7. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview: epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006;15(4):827-41.
8. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(1):66-72.
9. Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(6):705-15.
10. ●● Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalita); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2007/09 [consultado Nov 2014]. Disponible en [www.guias-salud.es/egpc/depresion\\_infancia/completa/index.html](http://www.guias-salud.es/egpc/depresion_infancia/completa/index.html)
11. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson; 2003.
13. American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-5 Development. Recuperado de: <http://www.dsm5.org>.
14. Ruiz Lozano MJ, Gómez-Ferrer C. Trastornos depresivos en el niño y adolescente. En: *Práctica clínica psiquiátrica. Historia clínica*. Guías clínicas. Madrid: Ed. Adalia; 2006. p. 203-209.
15. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(1):57-87.
16. ●● March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Treatment For Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment For Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(7):807-20.
17. Cohen D, Gerardin P, Mazet P, Puper-Ouakil D, Flament MF. Review: Pharmacological treatment of adolescent major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004;14:19-31.
18. ●● NICE 2005. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. [consultado 8 Ene 2008]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>
19. ●● American Academy of Child And Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.

## Bibliografía recomendada

Bertha EA, Balázs J. Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(10):589-603.

*Este artículo es una revisión de 27 estudios sobre la depresión subclínica en adolescentes, donde se valora la prevalencia, calidad de vida, el riesgo de desarrollar una depresión mayor y efecto de los programas de prevención. Los resultados muestran una alta prevalencia de depresión subclínica en adolescentes con un impacto negativo en la calidad de vida y una mayor prevalencia de depresión mayor, pero con una alta respuesta a las intervenciones preventivas realizadas en esta población.*

Lewandowski RE, Aciri MC, Hoagwood KE, Olfson M, Clarke G, Gardner W, et al. Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics*. 2013;132(4):996-1009.

*En este artículo, publicado en el 2013, se exponen los resultados de una revisión de los indicadores de calidad y los puntos críticos en el diagnóstico de la depresión en la infancia y adolescencia utilizados en las diferentes guías de manejo en atención primaria y especializada y describe su implicación para la práctica basada en la evidencia.*