

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autora: Dra. Ana Belén Reyes C., Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha: 12 de marzo de 2019

Palabras claves: “Depresión”, “Antidepresivos”, “Niños”, “Adolescentes”, “APS”, “Medicina Familiar”

Resumen portada:

La depresión es el trastorno del ánimo más frecuente durante la infancia y adolescencia, para modificar su historia natural es fundamental un diagnóstico y tratamiento oportuno. En este artículo se revisarán las principales claves diagnósticas y de manejo, y cual es su evidencia al respecto.

INTRODUCCIÓN

A nivel nacional los trastornos depresivos alcanzan el tercer lugar de frecuencia dentro de los trastornos psiquiátricos, luego de los trastornos ansiosos y disruptivos del comportamiento¹. Durante la infancia alcanzan una prevalencia de 2%, cifra que aumenta hacia la adolescencia llegando al 8%, y mostrando una distribución de 2:1 entre mujeres y hombres.²

Aunque la etiología y fisiopatología de la depresión no está del todo clara, existen aspectos biológicos que están relacionados con su aparición; heredabilidad genética, disregulación de los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la influencia de las hormonas sexuales durante la pubertad³. Dentro de los factores ambientales se describe: vivir con un solo padre o con otras personas (no padres), experiencias de pérdida o abuso, antecedente de psicopatología de algún progenitor y un entorno familiar disfuncional.^{1,4}

La depresión en niños y adolescentes sigue un curso crónico y prolongado. La mayoría remite de su primer episodio en 7 a 9 meses, sin embargo, ese período se suele asociar a alteraciones a nivel cognitivo con pobre rendimiento escolar, dificultad en las relaciones con pares y familiares, mayor riesgo de abuso de sustancias, ideación suicida y nuevos episodios recurrentes.⁴

Los principales diagnósticos diferenciales de los trastornos depresivos durante la infancia y adolescencia incluyen: trastorno adaptativo, bipolar o ansioso, uso de sustancias o fármacos (anticonceptivos y corticoides), y enfermedades orgánicas tales como anemia, hipotiroidismo, epilepsia y déficit de vitamina B12.⁵

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un episodio depresivo mayor (EDM) es clínico y se realiza mediante una completa anamnesis y una exploración acuciosa del estado mental del niño o adolescente. Los criterios para diagnosticar un EDM se presentan en la tabla 1.

Tabla 1: Criterios para diagnosticar un EDM

Criterios DSM V
• Cinco o más de los síntomas siguientes, presentes durante las últimas dos semanas y que representen un cambio al funcionamiento previo; Al menos uno de los síntomas es (1) Ánimo bajo (disforia) o (2) Pérdida del interés o de placer (anhedonia). • Animo bajo la mayor parte del día, casi todos los días, ya sea por reporte subjetivo u observado por otros. <u>En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.</u> • Disminución importante del interés o placer en casi todas, de las actividades todo el día, casi todos los días.

- Baja significativa de peso sin dieta o aumento de peso (5% de cambio) o cambios en el apetito casi todos los días. En niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retardo psicomotor casi todos los días.
- Fatigabilidad o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para concentrarse, casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o intento suicida o plan específico para cometer suicidio.
- Los síntomas causan molestias clínicamente significativo o deterioro en las funciones sociales, ocupacionales, u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El episodio no es atribuible a los efectos de sustancias u otra condición médica.
- La ocurrencia de este episodio no se explica mejor por un trastorno esquizo afectivo, esquizofrenia, trastorno esquizoide, alucinaciones u otro trastorno especificado o no del espectro esquizoide y otros trastornos psicóticos.
- Nunca ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco, no relacionado al uso de sustancias.

Fuente: Elaboración propia a partir de Arlington, VA. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Asociación Americana de Psiquiatría, 5, pp.104-108.

SEVERIDAD DEL CUADRO

Estimar la severidad de un episodio depresivo permite optimizar la elección de un tratamiento, planificar el seguimiento más adecuado y establecer un pronóstico.

En la tabla 2, se resumen los criterios de severidad para un EDM.

Tabla 2: Criterios de severidad de un EDM

LEVE	MODERADO	SEVERO
5 síntomas (al menos uno disforia o anhedonia). Impacto leve en el funcionamiento.	6-7 síntomas (al menos uno disforia o anhedonia). Mayor dificultad en el funcionamiento.	Más de 7 síntomas. Puede acompañarse de alucinaciones, delirios y riesgo suicida. Impacto grave en funcionamiento.

Fuente: Elaboración propia a partir de Arlington, VA. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Asociación Americana de Psiquiatría, 5, pp.126-128.

TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico y evaluado la severidad del cuadro, hay que tener en cuenta que según guías nacionales e internacionales los EDM leves y moderados son de manejo en Atención Primaria y los severos de manejo de especialista.

El tratamiento de elección para el episodio leve es la psicoterapia, la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP); mientras que para el episodio moderado se sugiere el uso de psicoterapia con farmacoterapia (terapia combinada). En ese grupo los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), entre ellos la fluoxetina, son los fármacos de elección.^{5,6}

¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?

- Psicoterapia: Una revisión sistemática (RS) del año 2007, cuyo objetivo fue determinar el beneficio clínico de esta intervención en comparación con placebo; concluye que el tratamiento por al menos 8 semanas de psicoterapia es efectivo para la remisión de síntomas depresivos en niños y adolescentes (RR 1.39 IC 95% 1.18-1.65). Dicha mejoría, sin embargo, no se mantiene a los 6 meses de seguimiento (RR 1.18 IC 95% 0.94-1.47).⁷
- Farmacoterapia: Una RS del año 2012 que evaluó la efectividad de los ISRS en comparación con placebo; concluyó que hay una diferencia estadísticamente significativa a favor de los antidepresivos en la remisión de síntomas (RR 1.17 IC 95% 1.09-1.25). Al analizar por subgrupo de fármacos, sólo la fluoxetina y sertralina demostraron ser mejor que placebo (RR 1.47 IC 95% 1.03-2.08 y RR 1.18 IC 95% 1.01-1.38 respectivamente).⁸
- Psicoterapia vs farmacoterapia: En el año 2014 una RS evaluó la efectividad de psicoterapia en comparación con farmacoterapia en niños y adolescentes con depresión, la cual no mostró diferencias significativas entre un grupo y otro; tanto para la remisión de síntomas post tratamiento como tampoco al seguimiento de 6 meses (OR 0.62 IC 95% 0.28-1.35 y OR 0.83 IC 95% 0.27-2.60 respectivamente).
- Terapia individual vs combinada: La misma revisión mencionada en la comparación anterior (año 2014) evaluó:
 - Terapia combinada v/s psicoterapia: sin encontrar diferencias a corto ni largo plazo en la remisión de síntomas (OR 1.61 IC 95% 0.38-6.9 y OR 2.55 IC 95% 0.78-8.36 respectivamente).
 - Terapia combinada v/s antidepresivos: sin encontrar diferencias en la remisión de síntomas a los 2 y 6 meses de tratamiento (OR 1.50 IC 95% 0.99-2.27 y OR 1.93 IC 95% 0.93-4.0 respectivamente).⁹

Importante mencionar que son RS de buena calidad metodológica, pero con moderado riesgo de sesgo de los estudios primarios: “n” pequeños, intervalos de confianza poco precisos, con falta de análisis por subgrupo de acuerdo con edad y severidad del cuadro. Esta situación hace necesario recordar que aún faltan estudios que permitan demostrar con mayor certeza si una terapia es mejor que la otra, en especial en referencia a la terapia combinada.

EN RESUMEN

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad crónica con alto riesgo de recurrencia, por lo que realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno es fundamental. Para esto es necesario considerar y descartar otros diagnósticos diferenciales.

El manejo de elección para los episodios depresivos leves es la psicoterapia, mientras que en los episodios moderados se sugiere agregar farmacoterapia. En estos casos, los medicamentos de primera línea incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), entre ellos la fluoxetina.

REFERENCIAS

- (1) De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. & Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado Actual. Rev. Med. Clin. Condes, 23(5), pp. 521-529.
- (2) Saint- Clair, B. (2006). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr., 24, pp. 63-67.

- (3) Royo, J. & Fernández, E. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*, XXI (2), pp. 116.e1–116.e6.
- (4) Birmaher, B., Arbelaez, C. & Brent D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 11, pp. 619-637.
- (5) Ministerio de Salud. (2013). Depresión en personas de 15 años y más. *Guía Clínica AUGE*, 2, p. 1-144.
- (6) Cheung, A., Zuckerbrot, R. & et al. (2018). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD- PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. *Pediatrics*, 141(3), pp. 1-18.
- (7) Watanabe, N., Hunot, V., Omori, IM., Churchill, R. & Furukawa TA. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 116, pp. 84-95.
- (8) Hetrick, SE., McKenzie, JE., Cox, GR., Simmons, MB. & Merry, SN. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, pp. 1-158.
- (9) Cox, GR., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, SN., Parker, AG. & Hetrick, SE. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, pp. 1-130.