

Cribado de la depresión en niños y adolescentes

Autor: Natalia Sánchez Prida

Medicina de Urgencias

Hospital 12 de Octubre, Madrid

Revista original: Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Albert L. Siu, MD, MSPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-2957>

ABSTRACT

Recomendación de USPSTF (“Grupo de Trabajo en Prevención de EEUU”) acerca del cribado de trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes sin diagnóstico previo.

Recommendation of the USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement) on screening for mayor depressive disorder in children and adolescents.

ARTÍCULO

La USPSTF recomienda el cribado para trastorno depresivo mayor en adolescentes entre los 12 y los 18 años (no hay evidencia en menores de 11 años), siempre y cuando se implemente bajo un sistema que garantice el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes se asocian con comportamientos disfuncionales en todas las esferas y con mayor frecuencia de trastornos depresivos en la edad adulta, así como con tentativas suicidas. Hasta un 2% de los niños y un 4% de las niñas entre 8 y 15 años en EEUU, refieren haber padecido un trastorno depresivo mayor en el año previo.

Si bien se recomienda un cribado general, hay ciertos factores de riesgo que ayudan a su identificación (sexo femenino, historial familiar de depresión, episodio depresivo previo, asociación con otros problemas de salud mental, enfermedad orgánica crónica, obesidad, raza hispana, eventos traumáticos en la infancia, familia disfuncional, estatus socioeconómico bajo, pérdida reciente de una pareja sentimental, pobre rendimiento escolar e incertidumbre acerca de la orientación sexual). Dos han sido las herramientas empleadas para el estudio: PHQ-A, “Patient Health Questionnaire for Adolescents” y la BDI, “Beck Depression Inventory”. No hay evidencia que avale un intervalo de aplicación concreto, aunque parece razonable aplicarlo con más frecuencia en niños/adolescentes con factores de riesgo y de manera oportunista en todos los adolescentes, dado que suelen utilizar menos los servicios de salud.

Especialidades

Medicina General

Psiquiatría

Pediatría.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno depresivo mayor

Suicidio

Adolescente

KEYWORDS:

Major depressive disorder

Suicide

Adolescent

La positividad en un test debe seguirse de un estudio reglado por un experto, si bien un resultado negativo no excluye la derivación a un especialista bajo criterio clínico o de los padres.

La farmacoterapia está aprobada por la FDA en niños mayores de 8 años con fluoxetina y en mayores de 12 con escitalopram, siempre que se haga bajo estricta monitorización. Su empleo a través de detección en cribado se ha asociado con mejoría moderada en los resultados, de ahí la recomendación de su aplicabilidad. Las revisiones de literatura no hallan mayor riesgo de suicidio, si bien deben realizarse más estudios acerca del resto de efectos secundarios y del tratamiento dual con psicoterapia, así como la integración de un sistema multidisciplinar.

COMENTARIO

Se trata de un artículo de revisión realizado por los servicios preventivos de Estados Unidos publicado en la revista *Annals of Internal Medicine*, revista con FI 17.202 y del *ACP journals*.

Si bien los estudios empleados para aportar recomendaciones son aquellos realizados en sistemas de Atención Primaria (y cuya población por tanto se asemejaría más a la de un cribado poblacional), no se ha conseguido definir qué características debe tener un sistema para realizar un cribado de manera segura y eficaz, ni su frecuencia o lugar de realización.

La necesidad de implementar un sistema de cribado es clara, dadas las estadísticas aportadas por los estudios: un 10% de los niños entre 5-12,9 años y un 19% de los adolescentes entre 13-17,9 años con trastorno depresivo mayor tienen una tentativa suicida¹. Sin embargo, sólo el 36-44% de los adolescentes diagnosticados se encuentran bajo tratamiento, lo que sugiere infra-diagnóstico y el infra-tratamiento².

Los trastornos depresivos en la infancia se traducen en un riesgo de padecer depresión en la edad adulta de 2 a 4 veces mayor³. La edad de aparición de depresión a edades tempranas es cada vez menor en las últimas décadas y, cuanto menor es esta edad, más grave es la afectación funcional. De no recibir tratamiento, sólo el 10% se recupera en menos de 3 meses, el 50% se recupera al menos al año y a los 2 años perdura en el 20-30%. Un 46% sufrirá una recaída. La clínica se presenta habitualmente en forma de irritabilidad o agresividad, aunque también con distimia al igual que en la edad adulta⁴. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el DSM V en adolescentes se establece cuando se presentan al menos 5 de los siguientes 9 síntomas a lo largo de más de 2 semanas (ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de peso, alteración del sueño, fatiga, sentimiento de culpabilidad o inutilidad, disminución de la concentración, pensamientos de muerte), siendo al menos uno de ellos el ánimo deprimido o anhedonia.

El último estudio realizado en España encontró que la prevalencia de DM en niños en edad escolar es del 1,6% mientras que la prevalencia de niños con síntomas es del 3,4%⁵. La consecuencia más grave del DM es la conducta suicida. En el 2017 en España, al menos 2500 adolescentes de entre 15 y 19 años habían pensado en suicidarse. EL 90% de los suicidios en adolescentes se produce en el contexto de cuadros depresivos mayores diagnosticados o con factores de riesgo, sin embargo, el 10% restante no tiene historia compatible con tales factores

El tratamiento de los trastornos depresivos en niños se realiza de primera instancia con terapia psicológica y, de entrada, con terapia dual psicológica y farmacológica en los trastornos graves

mediante el uso de ISRS (la fluoxetina es el fármaco con más ensayos, siendo también seguros y eficaces la sertralina y el escitalopram).

Diferentes estudios han puesto de manifiesto el infra-diagnóstico e infra-tratamiento, por lo que parece necesario establecer un sistema de cribado. No existen hasta la fecha ensayos que comparen resultados de salud (mejor calidad de vida, menor incidencia de depresión en la edad adulta, menos muertes por suicidio) en poblaciones sometidas o no a cribado. Tampoco existen estudios que evalúen los efectos secundarios o daños derivados del uso de cribados (descrito únicamente el probable estigma social al que daría lugar la positividad de un test), y tampoco hay estudios que arrojen resultados consistentes en cuanto a la precisión de las herramientas de cribado existentes ni de su especificidad y sensibilidad, dado que arrojan valores dispares o presentan sesgos de recogida de muestra.

Son necesarios más estudios que aborden las edades tempranas de la infancia, el impacto real en mejoría funcional y la disminución de la morbimortalidad con la aplicación de un cribado en niños y adolescentes y la definición de las herramientas a utilizar, así como estudios en los efectos adversos de la farmacopea en niños y adolescentes, en el tratamiento multidisciplinar y en el tratamiento aislado con psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

Vol 17, N° 4, Págs 482-494. 2012. Kramer T, Iliffe S, Gledhill J, Garralda ME. Recognising and responding to adolescent depression in general practice: developing and implementing the Therapeutic Identification of Depression in Young people (TIDY) programme. Clin Child Psychol Psychiatry. PMID: 22523137. Doi: <https://doi.org/10.1177/1359104512442639>

Vol 164, N° 5, Págs 342-349. 2016. Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Cook Middleton J, Skinner AC, et al. Screening for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence synthesis no. 116. AHRQ publication no. 13-05192-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. Doi: <https://doi.org/10.7326/M15-2259>

Vol 12, N° 6, Págs 294-299. 2014. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. Medicine. Editorial Elsevier.

Vol 268, Págs 328-334. 2018. Canals Sans J, Hernández Martínez C, Sáez Carles M, Arija Val V. Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: ¿has there been an increase in the last 20 years? Psychiatry Res. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>

AUTOEVALUACIÓN

1. Señala la verdadera de entre las siguientes afirmaciones acerca de los trastornos depresivos mayores en niños y adolescentes
 - a) Los trastornos depresivos mayores en niños responden a circunstancias concretas y no se correlacionan con problemas futuros
 - b) Se debe realizar un cribado, dado que su desarrollo es impredecible
 - c) Su frecuencia es la misma en la población femenina que en la masculina
 - d) Un resultado positivo no implica necesidad de inicio de tratamiento
 - e) Un resultado negativo en un test excluye la necesidad de ahondar en el estudio

2. En cuanto al trastorno depresivo mayor en niños, elija la respuesta FALSA:
 - a) Para su diagnóstico deben estar presentes 5 de los 9 síntomas descritos por el DSM V
 - b) Al menos 1 de los síntomas debe ser ánimo deprimido o anhedonia
 - c) Los síntomas predominantes son muy parecidos a los de los adultos
 - d) La probabilidad de padecer depresión en la edad adulta es de 2 a 4 veces mayor
 - e) Los ensayos publicados hasta la fecha no han conseguido demostrar la idoneidad en la aplicación de cribados de trastornos depresivos mayores en niños y adolescentes