

# INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

— — — — —  
*NURSING INTERVENTION IN  
EARLY DETECTION AND TREATMENT  
OF DEPRESSION IN CHILDREN AND  
ADOLESCENTS*

AUTOR: PABLO AZNAR LÓPEZ-VÁZQUEZ  
DIRECTORA: CRISTINA ORTIZ FERNÁNDEZ

TRABAJO DE FIN DE GRADO  
GRADO EN ENFERMERÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA-UNIVERSIDAD DE CANTABRIA  
MAYO 2022



## **AVISO RESPONSABILIDAD UC**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

## ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT .....	4
2. INTRODUCCIÓN .....	5
2.1 Justificación .....	5
2.2 Objetivos .....	5
2.3 Metodología .....	5
2.4 Descripción de los capítulos .....	6
3. CAPÍTULO I: DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	6
3.1 Definición, signos y síntomas. ....	6
3.2 Epidemiología .....	7
3.3 Factores de riesgo .....	8
3.4 Comorbilidad .....	10
4. CAPÍTULO II: DETECCIÓN PRECOZ.....	10
4.1 Cribado .....	10
4.2 Diagnóstico .....	13
5. CAPÍTULO III: ABORDAJE TERAPÉUTICO .....	14
5.1 Tratamiento psicológico .....	14
5.2 Tratamiento farmacológico .....	18
6. CONCLUSIONES.....	20
7. BIBLIOGRAFÍA.....	22
8. ANEXOS .....	25

## 1. RESUMEN/ABSTRACT

### Resumen

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta de manera negativa sobre la salud mental de las personas que la sufren, siendo muy limitante para el desarrollo normal de su vida. Las cifras están aumentando a gran velocidad en niños y adolescentes, siendo la prevalencia del 2,8% hasta los 13 años y del 5,6% entre los 13 y 18 años. Su origen es multicausal, sin embargo, existen factores de riesgo que han demostrado ser favorables para el desarrollo o mantenimiento de la misma. Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos mentales o síntomas físicos, tratándose del principal factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes.

Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre el papel de enfermería en la depresión mayor en niños y adolescentes.

Existen cuestionarios de cribado útiles para detectar de manera precoz los casos de depresión infanto-juvenil, siendo interesante su implantación en las consultas de enfermería de Atención Primaria.

El tratamiento puede ser psicoterapéutico, farmacológico o ambos. La figura de la enfermera cuenta con intervenciones muy beneficiosas para el abordaje terapéutico, centradas en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

**Palabras clave:** depresión, niño, adolescente, diagnóstico precoz, tratamiento farmacológico, terapia conductista, atención de enfermería.

### Abstract

Depression is a mood disorder that negatively affects the mental health of people who suffer from it, being very limiting for the normal development of their lives. The numbers are rapidly increasing in children and adolescents, with a prevalence of 2.8% up to 13 years of age and 5.6% between 13 and 18 years of age. Its origin is multi-causal, however, there are risk factors that have been shown to be favourable for its development or maintenance. Comorbidity with other mental disorders or physical symptoms is usual, being the main risk factor for suicide among adolescents.

The aim of this project is to carry out a bibliographic review on the nursing role in major depression in children and adolescents.

There are useful screening questionnaires for early detection of cases of child and adolescent depression and it's interesting including them in the Primary Care nursing consulting offices.

Treatment can be psychotherapeutic, pharmacological, or both. Nurses have very beneficial interventions for therapeutic healing, focused on the promotion, maintenance and recovery of health.

**Key words:** depression, child, adolescent, early diagnosis, drug therapy, behaviour therapy, nursing care.

## **2. INTRODUCCIÓN**

### **2.1 Justificación**

Las enfermedades de salud mental, entre ellas la depresión, son un grave problema de salud pública que afectan cada día a más personas en nuestra sociedad. Las cifras que están aumentando a mayor velocidad y que, por lo tanto, más llaman la atención se dan en niños y adolescentes. Detectar este tipo de patologías de manera temprana sería muy deseable, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 50% de los trastornos de salud mental que sufre la población adulta comienzan antes de los 14 años, sin embargo, estos no son detectados ni por lo tanto tratados<sup>(1)</sup>.

Por este motivo, no solo es interesante, sino relevante y necesario realizar una revisión bibliográfica sobre los métodos de detección precoz y de las opciones de abordaje terapéutico existentes para la depresión mayor en niños y adolescentes, analizando el papel de enfermería sobre cada uno de ellos.

### **2.2 Objetivos**

Este trabajo tiene como objetivo general realizar una búsqueda bibliográfica sobre la depresión mayor en niños y adolescentes desde el papel de la enfermería.

Los objetivos específicos son:

- Explicar los signos y síntomas que se dan con más frecuencia en niños y adolescentes con depresión.
- Analizar los datos epidemiológicos sobre la depresión en niños y adolescentes.
- Enunciar los factores de riesgo de la depresión en niños y adolescentes.
- Analizar el papel de enfermería en la detección precoz de la depresión en niños y adolescentes.
- Identificar las intervenciones de enfermería en el abordaje de la depresión en niños y adolescentes.

### **2.3 Metodología**

Para la realización del presente trabajo de fin de grado se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre la depresión en niños y adolescentes a través de Google Académico y las bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet.

Para realizar la búsqueda se utilizó el vocabulario específico de los descriptores Medical Subject Heading (MeSH): depression, child, adolescent, early diagnosis, drug therapy, behaviour therapy, nursing care; y los respectivos Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): depresión, niño, adolescente, diagnóstico precoz, tratamiento farmacológico, terapia conductista, atención de enfermería. Para delimitar la búsqueda se usó el operador booleano "AND" entre los descriptores.

De entre los artículos encontrados, se seleccionaron solo aquellos escritos en español y en inglés que estuvieran completos, además de se tuvo en cuenta los publicados en los últimos 5 años. De la bibliografía encontrada se excluyeron algunos artículos por no tener acceso gratuito al texto completo o por no aportar información relevante para el trabajo.

## **2.4 Descripción de los capítulos**

### **Capítulo I: Depresión en niños y adolescentes.**

En este primer capítulo se define qué es la depresión, junto con los principales signos y síntomas que afectan a niños y adolescentes y los criterios que deben cumplirse para considerar un episodio depresivo mayor según el DSM-5 (5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales). Además, se analizan los datos epidemiológicos sobre la enfermedad, centrándose en las cifras de niños y adolescentes, y se describen los principales factores de riesgo de su desarrollo. También se mencionan los trastornos de comorbilidad asociados a la depresión que se dan con mayor frecuencia en este grupo de edad.

### **Capítulo II: Detección precoz.**

El segundo capítulo pone de manifiesto la necesidad de realizar un cribado para identificar de manera precoz la depresión entre la población infanto-juvenil. Se mencionan diferentes modelos de cuestionarios de cribado, indicando los que han tenido mejores resultados. Además, se propone implantar uno de ellos en las consultas médicas y enfermeras de Atención Primaria. Por otro lado, se explica cómo es el proceso a la hora de determinar el diagnóstico de depresión por parte del médico.

### **Capítulo III: Abordaje terapéutico.**

El último capítulo analiza las diferentes formas de abordaje terapéutico para la depresión en niños y adolescentes. La primera parte se centra en el tratamiento psicológico, resaltando las intervenciones que competen al personal de enfermería. Además, se habla de la psicoterapia y se explican las dos modalidades más recomendadas en niños y adolescentes. La segunda parte del capítulo trata sobre las opciones farmacológicas, analizando cuales son los antidepresivos indicados en este grupo de edad y en qué casos se recomienda su uso, así como las complicaciones derivadas de ellos.

## **3. CAPÍTULO I: DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **3.1 Definición, signos y síntomas.**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de un conjunto de signos y síntomas que afectan directamente al bienestar de la persona que lo padece de manera global, aunque lo hace con mayor hincapié sobre el área afectiva<sup>(2)</sup>.

Según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, más conocido por sus siglas: DSM-5, para que se cumplan los criterios de depresión mayor deben estar presentes 5 o más síntomas de los que mencionaré a continuación durante un periodo mínimo de 2 semanas seguidas, siendo uno de ellos estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, o estado de ánimo irritable en el caso de niños y adolescentes, (I) y pérdida del interés o placer por las actividades la mayor parte del día (II)<sup>(3)</sup>.

- I. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. En el caso de niños y adolescentes, puede ser estado de ánimo irritable<sup>(3)</sup>.
- II. Disminución importante del interés o placer por las actividades la mayor parte del día, casi todos los días<sup>(3)</sup>.

- III. Pérdida o aumento importante de peso sin hacer dieta, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños se puede considerar el fracaso en la ganancia de peso esperada<sup>(3)</sup>.
- IV. Insomnio o hipersomnias casi todos los días<sup>(3)</sup>.
- V. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días<sup>(3)</sup>.
- VI. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días<sup>(3)</sup>.
- VII. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva/inapropiada casi todos los días<sup>(3)</sup>.
- VIII. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, casi todos los días<sup>(3)</sup>.
- IX. Pensamientos de muerte o ideas suicidas sin un plan determinado recurrentes, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo<sup>(3)</sup>.

Además, la aparición de los síntomas debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas importantes del funcionamiento para la persona (social, laboral...), y el episodio depresivo no puede atribuirse a los efectos de una sustancia u otra afección médica<sup>(3)</sup>.

Centrándonos en la población en la que se enfoca este trabajo, podemos describir una serie de signos y síntomas concretos que se dan de forma habitual en niños y adolescentes. Aunque algunos de ellos son comunes con los que podemos encontrar en el adulto, muchos son característicos de una determinada etapa de desarrollo o edad.

Las manifestaciones de depresión en niños de 7 a 12 años las podemos agrupar en cuatro grupos<sup>(2)</sup>:

1. Área afectiva - conductual: tristeza, agresividad, irritabilidad, agitación o enlentecimiento psicomotor, apatía, astenia, aburrimiento, sentimientos de culpa, ideas de muerte e incluso intentos de suicidio<sup>(2)</sup>.
2. Área cognitiva y de actividades escolares: rendimiento escolar bajo, problemas de concentración, fobia escolar, desorden de la conducta en el colegio o con los compañeros<sup>(2)</sup>.
3. Área familiar: conflictos familiares o deterioro de las relaciones en el núcleo familiar<sup>(2)</sup>.
4. Área somática: trastornos del sueño, como insomnio o hipersomnias, alteraciones del control de esfínteres, disminución o aumento de peso y/o del apetito, dolor abdominal, cefaleas<sup>(2)</sup>...

Sin embargo, en adolescentes (de 13 a 18 años) son más frecuentes los cambios en el comportamiento y la conducta, entre los que destacan: actitud negativista y disocial, agresividad, inquietud, aislamiento, descuido personal y falta de aseo, hurtos, abuso de alcohol y sustancias tóxicas, alejamiento de la familia, deseos de fuga, ideas recurrentes de muerte e intentos de suicidio, dándose estos últimos con una frecuencia mucho más disparada que en niños<sup>(2)</sup>. En el año 2021 se suicidaron 53 adolescentes, frente a 22 niños<sup>(4)</sup>.

### 3.2 Epidemiología

Según apuntan los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, uno de cada siete adolescentes entre los 10 y 19 años de edad sufre algún trastorno de salud mental<sup>(5)</sup>. Centrándonos en la depresión mayor, la prevalencia en niños hasta los 13 años es del 2,8%. A partir de esta edad, aumenta a un 5,6% entre los adolescentes (13-18 años)<sup>(6)</sup>.

Un estudio realizado por el “*Institute of health Metrics and Evaluation*” señala que, en 2019, unos 21 millones de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años fueron diagnosticados de algún trastorno mental a nivel mundial<sup>(7)</sup>. Si desglosamos estas cifras por grupos de edad y patologías, obtenemos:

3 millones de niños en la franja de edad de 5 a 9 años, sin apenas diferencia entre ambos sexos y siendo los trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y discapacidad intelectual del desarrollo los más predominantes<sup>(7)</sup>.

Casi 8 millones entre los 10 y 14 años, y 10 millones entre los 15 y los 19 años. A pesar de que los trastornos de salud mental afectan prácticamente por igual tanto a niños como a niñas en esos rangos de edad, se aprecia diferencia en el tipo de patología entre ambos sexos: en el primer grupo, la cifra de niños que sufre trastornos de la conducta es el doble que la de las niñas; mientras que el sexo femenino sufre un 50% más de trastornos depresivos<sup>(7)</sup>.

Entre los adolescentes con problemas de salud mental, se distribuye de la siguiente manera: un tercio de estas mujeres sufre de trastornos de ansiedad y otro tercio de trastornos depresivos. La tercera parte restante la ocupan los trastornos de la conducta alimentaria, trastorno bipolar, trastorno de la conducta, etc. En los varones, apenas llega al 50% el número total de afectados por trastornos depresivos o ansiosos, mientras que en la otra mitad se encuentran otras patologías mentales, volviendo a predominar entre estas los trastornos de conducta<sup>(7)</sup>.

Con los datos de este estudio podemos también concluir que, es a partir de los 10 años cuando la depresión comienza a adquirir cada vez más peso entre el resto de afecciones mentales, alcanzado su pico a partir de los 20 años y manteniéndose en la misma proporción hasta los 84 años; siendo en el sexo femenino donde se da con más frecuencia en todos los grupos de edad. Todo ello lo podemos observar en la figura del *Anexo 1*, extraído de dicho estudio<sup>(7)</sup>.

Del mismo modo que se produce en los adultos, el trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes cuenta con cifras altas de recaídas. Se estima que entre el 34% y 75% de los jóvenes que sufren un primer episodio de depresión mayor tendrán una recidiva de un nuevo episodio en los próximos 5 años<sup>(8)</sup>.

Como bien hablaremos más adelante en el apartado de comorbilidad, la depresión y el suicidio van estrechamente de la mano. Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2021 el suicidio fue la primera causa externa de muerte en los hombres, con un total de 2.982 fallecidos, y la tercera en mujeres, con 1.021 defunciones<sup>(9)</sup>. De estas, se han registrado 22 muertes por suicidio en el grupo de edad de 10 a 14 años, y 53 entre los 15 y 19 años<sup>(4)</sup>. No cabe duda en que son cifras muy preocupantes, sobre todo teniendo en cuenta el aumento respecto al año anterior y a la última década, siendo 13 los suicidios ocurridos en 2020 y 2 en 2011 en población de 10 a 14 años<sup>(4)</sup>.

En el primer semestre de 2022 el suicidio se mantuvo como principal razón de mortalidad por causas externas en población general, costando la vida a 2.015 personas<sup>(9)</sup>.

### **3.3 Factores de riesgo**

El origen de la depresión en niños y adolescentes no puede atribuirse a una única causa ni tampoco se puede relacionar con un motivo claro que justifique la aparición del episodio. Sin embargo, podemos afirmar que existen una serie de factores de riesgo asociados a la depresión que pueden contribuir a su aparición, mantenimiento o recidiva, dependiendo del grado de exposición a estos y las condiciones personales del sujeto. Se dividen en dos grupos: factores individuales y factores ambientales<sup>(2,10,11)</sup>.

Los factores individuales a su vez se clasifican en:

- Factores biológicos: tener predisposición genética o antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo (trastornos depresivos o trastorno bipolar), niveles bajos de serotonina, dopamina y norepinefrina, padecer alguna enfermedad crónica, discapacidad física o mental, y ser del sexo femenino en el caso de adolescentes, pues antes de esa etapa los datos demuestran poca diferencia entre ambos sexos, como bien se ha comentado en el apartado de epidemiología<sup>(2,10)</sup>.
- Factores psicológicos: sufrir alguna otra patología psíquica, en especial trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y TDAH (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad). Las personas con tendencia a estados de ánimo negativos, introvertidos, con baja autoestima, temperamento, estilo cognitivo rumiativo, carentes en habilidades sociales o con poca capacidad de resolución de problemas se exponen a un mayor riesgo de sufrir depresión<sup>(2,10)</sup>. Se estipulan también como factores de riesgo ser homosexual y la disforia de género<sup>(2,10)</sup>.

Entre los factores ambientales distinguimos:

- Factores familiares: pertenecer a una familia desestructurada, experimentar acontecimientos vitales estresantes como pérdidas o vivencias traumáticas, presenciar divorcios o conflictos interparentales, así como participar en enfrentamientos paterno-filiales y entre hermanos, alcoholismo o adicción a sustancias tóxicas por parte de los progenitores, negligencia en los cuidados e historial de maltratos o abusos de cualquier tipo<sup>(2,10,11)</sup>.

En cuanto al modelo de crianza y educación por parte de la familia, se consideran factores de riesgo para la depresión infantil las siguientes actitudes: exceso de críticas y de control sobre los hijos, así como ejercer demasiada sobreprotección, demostrar poco interés o incluso rechazo hacia los niños, escasez de muestras de afecto y apoyo<sup>(2,10,11)</sup>.

Por otro lado, el hecho de que la madre atraviese un episodio depresivo genera en ella un sesgo a la hora de interpretar las emociones de su hijo, tendiendo a categorizarlas como tristeza o sentimientos negativos. Esto tiene consecuencias desfavorables sobre las interacciones entre la madre y el hijo, aumentando la vulnerabilidad del niño<sup>(11)</sup>.

- Factores sociales: Los niños y adolescentes afectados por problemática social tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, por ejemplo: institucionalizados, migrantes o refugiados en centros de menores o en ausencia de un hogar. Del mismo modo, las dificultades en el ambiente escolar, tales como el fracaso académico, sufrir bullying, carencia de amistades o verse envuelto en conflictos de forma constante, actúan también como factores de riesgo<sup>(2,10)</sup>.

Una vez expuestos los factores contribuyentes a la depresión, cabe mencionar algunos de los factores protectores de esta. Algunos ejemplos son: tener buenos niveles de autoestima, sentido del humor, destreza en habilidades sociales y disponer de estrategias para la resolución de conflictos y adaptación a los cambios. También se considera beneficioso la práctica de deporte y la participación en clubes sociales o voluntariados<sup>(2,10)</sup>.

En cuanto al entorno familiar, actúan como factores protectores: tener padres casados o que convivan juntos, con una relación positiva y no conflictiva, que demuestren apoyo y cariño a sus hijos<sup>(11)</sup>. De la misma manera, en el entorno escolar los niños se ven favorecidos de la afinidad y el buen trato con el resto de compañeros y el profesorado<sup>(2,10)</sup>.

Los resultados de un estudio publicado en 2019 en la *“Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes”*, llevado a cabo en las provincias de Córdoba y Jaén con una muestra de 554 niños y niñas de entre 3 y 18 años, señalan que los niños con escaso apoyo por parte

de sus progenitores, así como carencias en comunicación, compromiso y disciplina en el modelo de crianza, alcanzan puntuaciones más altas en depresión, en comparación con aquellos sujetos que se benefician de un entorno familiar protector<sup>(12)</sup>.

### **3.4 Comorbilidad**

A pesar de que pueden darse casos de depresión como enfermedad aislada en niños y adolescentes, al igual que suele ocurrir en los adultos, es cierto que esta suele coexistir con algún otro trastorno o patología mental. Esto se explica porque muchas de las psicopatologías que encontramos de manera comórbida en un mismo individuo, vienen desarrolladas por los mismos factores de riesgo. A esto se le añade que, aquellos niños o adolescentes que padecen algún trastorno psíquico tienen más posibilidades de desarrollar otra enfermedad mental como puede ser la depresión, pues dicho trastorno supondrá un factor de riesgo en sí mismo para el episodio depresivo<sup>(2)</sup>.

Si bien es cierto que tanto en niños como en adolescentes es frecuente la comorbilidad de la depresión con algún otro trastorno mental, podemos encontrar diferencias entre los que se dan con más frecuencia en ambos grupos de edad:

En niños, los más comunes son: trastorno negativista-desafiante, trastornos de ansiedad, entre los que destaca la ansiedad por separación, TDAH y TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo)<sup>(2)</sup>. Mientras que, en adolescentes, la depresión suele convivir junto con distimia, fobia social, trastornos de conducta, TDAH, TEA (Trastorno del espectro autista), TCA (trastornos de la conducta alimentaria), TOC, TLP (Trastorno límite de personalidad), trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias<sup>(2)</sup>.

Por otro lado, se sabe que la depresión en este tipo de población no solo tiene comorbilidad con otras afecciones mentales como se ha mencionado, si no con síntomas somáticos. Los que se presentan de forma más habitual son el cansancio, los desmayos, las náuseas y el dolor<sup>(13)</sup>. Concretamente este último es el más frecuente, pues afecta hasta un 25% de niños y adolescentes en muestras de población general, destacando el de tipo abdominal, músculo-esquelético, y cefalea<sup>(13)</sup>. Además, se dice que tiene un efecto en ambos sentidos, pues padecer dolor somático crónico puede contribuir al desarrollo de una depresión<sup>(13)</sup>.

Por último, no podemos ignorar que, a pesar de poder coexistir con muchas otras afecciones médicas, la depresión mayor pone en peligro la vida de los jóvenes que la sufren, pues se trata del principal factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes<sup>(6)</sup>, siendo esta la segunda causa de muerte entre los 15 y los 19 años de edad, según estipula la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(1)</sup>. Además, 9 de cada 10 adolescentes que se suicidan sufrían un cuadro depresivo<sup>(14)</sup>. Debemos tener en cuenta también que, detrás de cada suicidio consumado existen múltiples intentos autolíticos, y detrás de estos, numerosas ideas suicidas<sup>(15)</sup>.

## **4. CAPÍTULO II: DETECCIÓN PRECOZ**

### **4.1 Cribado**

Existe un infradiagnóstico, y por tanto infratratamiento, de los niños y adolescentes que atraviesan un episodio depresivo<sup>(14)</sup>. Una de las razones que puede explicar esto es el hecho de que tan solo el 2-3% de niños visitan la consulta de pediatría por motivos psiquiátricos<sup>(14)</sup>. A esto se le añade el factor de que, como bien se ha mencionado en el apartado 3.1, la sintomatología de carácter mental o emocional en este grupo de edad no suele darse de forma tan clara y frecuente como en el adulto. Sin embargo, los menores afectados por

depresión sí que acuden frecuentemente a la consulta por razones físicas: somatización o irritabilidad en los niños, y trastornos del sueño o del apetito en los adolescentes. Por ello, el problema recae en el insuficiente entrenamiento por parte de los sanitarios que atienden dichas consultas para detectar los síntomas indicativos de depresión, o que pudieran favorecer su aparición<sup>(14,16)</sup>.

Debido a estas dificultades y a la magnitud del problema, sería deseable contar con instrumentos que ayuden a detectar la depresión infanto-juvenil de la manera más temprana posible<sup>(14,16)</sup>. Para ello, se han desarrollado diversos cuestionarios específicos para este grupo de edad, y se han adaptado otros que inicialmente estaban diseñados para adultos. Sin embargo, para que esta práctica sea realmente efectiva, el cuestionario seleccionado deberá cumplir con una serie de características: debe ser breve y a su vez sencillo de administrar e interpretar<sup>(14)</sup>. Además, nos interesa que sea válido y fiable, con el objetivo de identificar correctamente, y de forma anticipada, a aquellos pacientes con sospecha de depresión mayor, y con una cifra baja de falsos positivos<sup>(14)</sup>.

A pesar de los numerosos estudios realizados, no parece haber conclusiones claras ni consenso por parte de los diferentes grupos acerca de si se recomienda o no el uso rutinario de dichos cuestionarios para detectar de manera precoz la depresión en población infanto-juvenil. Un artículo actualizado en noviembre de 2022 considera oportuno pasar cuestionarios de forma rutinaria para explorar este ámbito a todos los adolescentes (de 12 a 18 años) que acuden a la consulta de Atención Primaria; sin embargo, no se recomienda llevarlo a cabo en niños menores de 11 años<sup>(17)</sup>. Bien es cierto que no se han encontrado estudios que evalúen daños o efectos negativos derivados de su uso. Lo que sí se puede afirmar es que todos ellos son bien comprendidos y aceptados por parte de los niños y adolescentes<sup>(14)</sup>.

Algunos de los cuestionarios que se han probado son: *"Patient Health Questionnaire"* (PHQ-9), *"Beck Depression Inventory-II"* (BDI-II), *"Children's Depression Inventory"* (CDI), *"Center for Epidemiological Studies Depression Scale"* (CESD-S), entre otros. Los más utilizados, por ser los que mayor sensibilidad (hasta 90%) y especificidad (hasta 94%) han demostrado tener, son el PHQ-9 y el BDI<sup>(14,17)</sup>.

El PHQ-9 se creó originalmente para la detección de depresión en adultos, realizándose una adaptación de este para la población adolescente: *"Patient Health Questionnaire for Adolescents"* (PHQ-9A)<sup>(17)</sup>. Consta de 9 preguntas que exploran la presencia de diferentes síntomas: falta de placer, sentimiento de desesperanza y culpa, problemas de sueño y apetito, falta de energía y concentración, problemas de movimiento o habla e ideación suicida. Dependiendo de la frecuencia de aparición de dichos síntomas, se asignará una puntuación a cada pregunta: 0 puntos si no está presente, 1 punto si la respuesta es "varios días", 2 puntos si los síntomas se dan "más de la mitad de los días", y 3 puntos si suceden "casi todos los días". Así, la puntuación máxima que se puede alcanzar en el cuestionario es de 27, y los resultados se interpretan de la siguiente manera: menos de 5 puntos indican depresión mínima o nula; a partir de los 5 puntos se considerará la presencia de depresión leve; puntuaciones entre 10 y 14 pueden significar depresión moderada, y de 15 a 19 depresión moderadamente grave. Los casos de depresión mayor grave superarán los 20 puntos<sup>(17)</sup>. (Ver Anexo 2).

El *"Beck Depression Inventory-II"* (BDI-II) se compone de 21 preguntas acerca de la presencia, en las últimas dos semanas, de sentimientos de insatisfacción, tristeza, desesperanza, culpa, fracaso, autodesprecio, cansancio, llanto, irritabilidad, falta de interés, pérdida de peso, cambios en el apetito y sueño, problemas de concentración, etc. Se calificará cada ítem en función de la gravedad, pudiendo alcanzar un máximo de 63 puntos. El menor grado de depresión o depresión nula se corresponderá con un resultado menor o

igual a 13 puntos, la depresión leve oscila puntuaciones entre 14 y 19 puntos, y la depresión moderada hasta los 28 puntos. Un resultado de 29 puntos en adelante se interpreta como depresión grave<sup>(17)</sup>. (Ver Anexo 3).

La última edición de la Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia sugiere el empleo de un cuestionario de cribado sencillo y de validez diagnóstica contrastada dirigido a los adolescentes que acuden a un servicio de Atención Primaria. Propone como ejemplo el uso del *“Patient Health Questionnaire-2”* (PHQ-2), una versión breve del PHQ-9, que consta de dos preguntas que exploran si el individuo ha notado en las últimas dos semanas: falta de interés o placer, o si se ha sentido desanimado, deprimido o desesperanzado<sup>(2)</sup>. (Ver Anexo 4).

Con el objetivo de identificar de manera precoz a los adolescentes que sufren un trastorno depresivo mayor, se creó en Reino Unido el programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young People) del cuál se ha llevado a cabo un pequeño estudio piloto en Galicia<sup>(18)</sup>. Los estudios realizados apuntan a que la propuesta parece ser factible y beneficiosa. Sin embargo, debido al insuficiente número de participantes en el estudio, tanto en Reino Unido como en Galicia, resulta limitado generalizar los resultados y sacar conclusiones claras<sup>(18)</sup>.

El programa está diseñado para ser aplicado a todos los adolescentes entre 13 y 16 años que acuden a una consulta de Atención Primaria. Incluye la formación y entrenamiento de todo el personal médico y de enfermería en el cribado e identificación de los jóvenes con depresión, así como para proporcionar una breve intervención psicológica y considerar la derivación del paciente a un especialista en salud mental<sup>(18)</sup>.

La estrategia consiste en que, una vez tratado el motivo principal por el que el adolescente acudió a la consulta (normalmente causas físicas), el profesional formulará una pregunta de transición con la que cambiará el foco de la consulta de los síntomas físicos hacia los psicológicos. Es necesario que dicha pregunta se haga de manera cuidadosa y lo más natural posible. Un factor que facilita este paso es contar con información ya conocida sobre la situación del paciente a nivel familiar, escolar, social, sentimental... Así, se puede enfocar la pregunta de transición de una forma más personalizada y encaminada a explorar posibles factores estresantes en el adolescente. Un ejemplo es: *“A veces, (el síntoma físico por el que acude a la consulta) puede empeorar al estar preocupado o estresado, ¿Hay algo en particular que te afecte últimamente?”*. Una vez hecha la pregunta de transición, se pueden realizar otras preguntas de cribado psiquiátrico general, como por ejemplo: *“Hay algo más que te preocupe?”*; *“¿Tú cómo te ves, más feliz o más triste?”*<sup>(18)</sup>...

Se continuará evaluando el estado de ánimo del adolescente mediante otras dos preguntas de cribado:

1. *“¿Te has sentido más triste o desanimado últimamente?, ¿Has tenido más ganas de llorar o has llorado más de lo normal?”*<sup>(18)</sup>
2. *“¿Últimamente te has sentido más enfadado o irritable de lo habitual?”*<sup>(18)</sup>

Si ambas respuestas son negativas, finaliza el proceso de cribado. En caso de respuesta afirmativa se preguntará sobre el tiempo de duración, la frecuencia con la que sucede y el origen del síntoma. Si ocurre más de 3 horas 3 veces por semana durante un periodo de 2 semanas o más, se avanza con el protocolo. Los siguientes pasos consideran el diagnóstico de depresión y el tratamiento oportuno<sup>(18)</sup>. Para ver el protocolo completo, ver Anexo 5.

Es importante tener en consideración que, si durante la consulta el adolescente se encuentra a solas con el profesional, existe mayor posibilidad de que la técnica sea exitosa, pues el paciente estará más predispuesto a hablar de sus sentimientos y compartir una información tan íntima<sup>(18)</sup>.

Siguiendo las indicaciones del programa, el profesional médico y enfermero de Atención Primaria estarían capacitados para detectar aquellos casos de depresión entre los adolescentes de la comunidad que podrían estar hasta ese momento enmascarados. De esta manera, se podrá comenzar con el abordaje terapéutico oportuno lo más pronto posible, mejorando el manejo clínico y previniendo el empeoramiento del paciente, así como la reducción de complicaciones<sup>(18)</sup>.

Un aspecto importante a tener en cuenta sobre los cuestionarios es que, a pesar de ser instrumentos de gran utilidad para facilitar la detección precoz de la depresión mayor, así como para el seguimiento de la evolución clínica del paciente, en ningún caso serán suficientes para confirmar el diagnóstico de depresión mayor. Será la entrevista el instrumento principal que examinará si se cumplen o no los criterios diagnósticos de la patología<sup>(14,16)</sup>, como se explica a continuación.

## 4.2 Diagnóstico

El diagnóstico de depresión en un niño o adolescente es principalmente clínico, es decir, se confirma dicho trastorno con la presencia de los signos y síntomas mencionados en el capítulo anterior (3.1). Para ello, es necesario realizar una valoración exhaustiva del estado mental del paciente, a través de los siguientes métodos:

En primer lugar, la entrevista es considerada la herramienta principal para determinar la presencia o no de los signos y síntomas que justifican el diagnóstico de depresión mayor. Es importante recoger información aportada por el niño (especialmente en adolescentes se recomienda una entrevista a solas con el profesional, sin la presencia de los padres), pero no debemos olvidar obtener información proporcionada por los padres o tutores. Además, sería conveniente contar con el testimonio de profesores u otras personas que pasen el tiempo suficiente con el paciente<sup>(2,6,16)</sup>.

A parte de examinar el estado de ánimo del niño y la presencia de síntomas que repercuten sobre su bienestar (entorno familiar, amigos, rendimiento escolar...), y que por tanto pudieran ser indicativos de un diagnóstico de depresión, en la entrevista se debe explorar:

- Historial del desarrollo del niño, antecedentes médicos personales y familiares sobre alteraciones físicas y psíquicas<sup>(2,6,16)</sup>.
- El entorno del niño o adolescente: situación familiar, relaciones sociales, ambiente escolar... Resultando oportuno indagar en posibles episodios de abuso, maltrato, acoso o negligencia, así como otros factores de riesgo o situaciones estresantes para el paciente<sup>(2,6,16)</sup>.
- Patrón de sueño y alimentación, debido a la facilidad con la que se ven alterados en niños con trastornos depresivos<sup>(2,6,16)</sup>.
- Es fundamental valorar el riesgo de conductas heterolesivas y autolesivas, siendo indispensable preguntar al niño o adolescente directamente sobre la existencia de ideas de muerte o suicidio. Hay que tener en cuenta que es la manera más acertada de explorar el riesgo autolítico, y por lo tanto, servirá siempre para prevenir o frenar el comportamiento suicida. Por el contrario, no hacerlo puede poner en peligro la vida del niño<sup>(2,6,16)</sup>.

Durante la entrevista con el niño se debe prestar atención al lenguaje, tanto verbal como no verbal (postura, contacto ocular, gestos, expresiones...), la capacidad de juicio, el contenido y forma de pensamiento, observar si se encuentra en estado de alerta, distraído, irritable, su predisposición a responder o no a las preguntas, etc<sup>(2,6,16)</sup>.

En aquellos casos en los que se sospeche de algún otro trastorno médico que pudiese estar relacionado con la aparición de síntomas depresivos, se considera conveniente la solicitud de pruebas complementarias como: analítica sanguínea completa, análisis de orina o resonancia magnética cerebral<sup>(2,6,16)</sup>. De esta forma, se descartará cualquier patología orgánica que pudiese justificar la sintomatología, pues de lo contrario, no podría ser diagnosticada la depresión mayor según los criterios establecidos por el DSM-5. Por otro lado, puede ser de utilidad la realización de pruebas neuropsicológicas para determinar los rasgos de personalidad y el coeficiente intelectual del niño<sup>(2,6,16)</sup>.

Uno de los modelos de entrevista más utilizados es la “K-SADS” (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), basada en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-4). Está diseñada para evaluar niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, y cuenta con secciones para entrevistar al paciente y secciones para entrevistar a los padres acerca de sus hijos, tardando en total entre 60 y 90 minutos en pasarla. También existen otros ejemplos de entrevistas más breves y sencillas como el “ChIPS” (Children 's Interview for Psychiatric Symptoms) o el “DISC” (Diagnosis Interview Schedule for Children)<sup>(6,16)</sup>.

## 5. CAPÍTULO III: ABORDAJE TERAPÉUTICO

Las opciones de abordaje terapéutico para la depresión mayor en niños y adolescentes son muy variadas, aunque principalmente podemos dividirlos en dos áreas: abordaje psicológico y abordaje farmacológico, así como la combinación de ambos. La elección del tipo de tratamiento va a depender de la gravedad del episodio depresivo y de características del paciente como: edad, madurez, conciencia o no de enfermedad, adherencia al tratamiento, etc<sup>(19)</sup>.

Para garantizar el correcto abordaje terapéutico de los niños y adolescentes que sufren depresión, es vital contar con un equipo multidisciplinar que ofrezca atención al paciente de manera integral, con el objetivo de proporcionar al menor los cuidados que necesite con la mayor calidad posible. Para que esto se cumpla, es necesario que la figura de la enfermera forme parte de este equipo de profesionales, siendo ideal que se trate de una enfermera especializada en el área de salud mental<sup>(20)</sup>.

### 5.1 Tratamiento psicológico

Los artículos encontrados apuntan que, dentro del tratamiento psicológico, la psicoterapia es considerada como un método terapéutico de elección para tratar la depresión mayor en niños y adolescentes.

La psicoterapia se puede definir como *“la interacción en la que predomina la confianza y una carga emocional entre un terapeuta y un paciente que padece problemas psicológicos”*<sup>(21)</sup>. Su objetivo principal es modificar la forma de pensamiento y/o comportamiento del paciente, con el fin de conseguir una mejoría sobre su salud mental. Para ello, se utilizan estrategias con las que se pretende conseguir una reestructuración de los pensamientos negativos o de desprecio que tiene el paciente, así como que este desarrolle técnicas de resolución de problemas, habilidades comunicativas, y herramientas de afrontamiento<sup>(19)</sup>. Bajo el nombre de “psicoterapia” la intervención queda limitada a los psicólogos o psiquiatras; sin embargo, enfermería, dentro de sus intervenciones NIC tendría competencias para poder ejercer en esta línea.

Para la depresión mayor leve se recomienda comenzar con la psicoterapia de manera exclusiva, mientras que en la modalidad grave de la depresión mayor está indicada la

psicoterapia asociada al tratamiento farmacológico (ISRS), lo que se denomina tratamiento combinado. Sin embargo, en la depresión mayor moderada varía en función de la edad del paciente: en los niños se aconseja probar inicialmente con psicoterapia (al igual que en la depresión mayor leve), mientras que en los adolescentes podrá utilizarse de forma única, o bien formando parte de un tratamiento combinado, dependiendo del caso individual de cada adolescente<sup>(2)</sup>.

La última actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia recomienda seguir la terapia psicológica de 8 a 12 semanas, siguiendo un patrón de una sesión semanal. Una vez pasado este periodo y habiendo observado respuestas de mejoría por parte del paciente, se realizará una reevaluación de su estado a las 8 semanas. En el supuesto de permanecer estable, se le realizará el próximo seguimiento a los 6-12 meses (en caso de depresión mayor moderada y grave) o según juicio clínico (en depresión mayor leve) y se valorará el alta del paciente. Si por el contrario no se objetiva ninguna respuesta favorable a la terapia tras 8-12 semanas, o bien a la hora de reevaluar al paciente 8 semanas después de responder inicialmente de forma positiva al tratamiento psicológico, se plantean las modalidades del ya mencionado: tratamiento combinado<sup>(2)</sup>. Con el objetivo de prevenir recaídas, puede valorarse añadir de 8 a 11 sesiones de refuerzo al periodo de 8-12 sesiones que tiene como duración media la psicoterapia, aunque el paciente haya respondido con éxito a este periodo estándar<sup>(8)</sup>.

Aunque existen diversos tipos de psicoterapia, los dos modelos más recomendados como tratamiento para la depresión mayor en la población infanto-juvenil son: la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP)<sup>(2,8,19,22)</sup>.

Existe evidencia clara sobre la efectividad de ambas terapias en adolescentes, siendo de primera elección para la depresión mayor en este grupo de edad, independientemente de si se trata de depresión mayor leve, moderada o grave<sup>(2,22)</sup>.

Sin embargo, son escasos los estudios realizados acerca de las alternativas de tratamiento psicológico en niños (menores de 12 años), por lo que se dispone de información limitada y poco precisa. Esto dificulta a la hora de poder extraer conclusiones sobre la eficacia de las diferentes terapias en este rango de edad, no permitiendo tampoco realizar comparaciones entre ellas. Por este motivo, las recomendaciones sugieren utilizar terapias que hayan demostrado eficacia en la población infanto-juvenil en su conjunto, es decir, extrapolando la evidencia en adolescentes. Por lo tanto, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y terapia interpersonal (TIP) continúan siendo la opción ganadora para tratar inicialmente la depresión mayor en niños<sup>(2,22)</sup>.

En los estudios realizados con las psicoterapias mencionadas no se encontraron riesgos asociados a las mismas, por lo que el balance riesgo/beneficio al someterse a ellas resulta positivo, especialmente en adolescentes por existir estudios más consistentes en este grupo de edad. Además, los propios adolescentes manifestaron estar satisfechos con la psicoterapia. En cuanto a los menores de 12 años, es necesario llevar a cabo más estudios específicos centrados en este grupo de edad, con el fin de poder extraer conclusiones más precisas y de mejor calidad metodológica<sup>(2,22)</sup>.

Centrándonos en la terapia cognitivo-conductual (TCC): es considerada el tipo de psicoterapia de primera elección para la depresión mayor, tanto en niños como en adolescentes<sup>(2)</sup>.

La TCC trabaja sobre el área cognitiva y sobre el área conductual: por un lado, la parte “cognitiva” ayuda a explorar los pensamientos y sentimientos negativos que experimenta la persona acerca de sí misma, de otras personas y del entorno que le rodea; tratando de entender cómo le afectan. La parte “conductual” se centra en facilitar a la persona el cambio hacia un afrontamiento de sus emociones más favorable, buscando las formas de combatir

esos pensamientos y sentimientos destructivos, que le resultan limitantes para disfrutar de la vida<sup>(23)</sup>.

Esta terapia enfoca la depresión como resultado de una percepción errónea de los sucesos por parte de la persona deprimida sumado al déficit de habilidades de esta para afrontarlos. Por ello, pretende hacer entender a la persona deprimida que, en ocasiones, debido a su proceso depresivo, puede estar percibiendo la realidad de manera distorsionada, de modo que sus pensamientos acerca de determinadas situaciones puede que no sean del todo reales, y es lo que le lleva a crear una visión pesimista y desfavorable. En ningún momento se trata de culpabilizar al paciente por ello, sino hacerle ver que es la depresión lo que genera esos juicios negativos. La TCC incluye el aprendizaje de nuevas formas de actuar frente a los problemas y una gestión más eficaz sobre las emociones, con el objetivo final de encontrar una manera de pensamiento y comportamiento más equilibradas que le hagan sentirse mejor consigo mismo y con el mundo que le rodea<sup>(23)</sup>.

La TCC puede llevarse a cabo en formato individual o grupal. Se han realizado diversos estudios comparando ambas modalidades con un grupo control, formado por pacientes deprimidos que permanecían en lista de espera de comenzar un tratamiento, así como con otros tipos de abordaje (tratamiento habitual, relajación, autoayuda guiada, terapia familiar...). En estos estudios se analizaron variables como: presencia de síntomas depresivos, estado funcional, remisión postratamiento o abandono de la terapia por cualquier motivo. Las conclusiones obtenidas son que la TCC grupal ha demostrado ser significativamente más beneficiosa en la presencia de síntomas depresivos, estado funcional y remisión postratamiento cuando se comparaba con el resto de intervenciones. En cambio, los resultados obtenidos de la TCC individual parecen no resultar lo suficientemente concluyentes, debido a la baja calidad de su evidencia. Teniendo en cuenta todo esto, la modalidad más recomendada es la TCC grupal<sup>(2)</sup>.

Con el objetivo de adaptarse a las nuevas tecnologías y permitir un mayor acceso a los jóvenes a este tipo de terapia, se han desarrollado en estos últimos años nuevas variantes de la terapia, como es el caso de la TCC computarizada, para la cual se están diseñando programas online y aplicaciones interactivas para acceder a ella desde un dispositivo móvil. Es cierto que ha demostrado cierta efectividad en la reducción de síntomas depresivos en comparación con grupos control y pacientes sometidos a sus tratamientos habituales (que incluían sesiones convencionales con psicólogos privados o servicios de ayuda escolar); sin embargo, no se dispone de más evidencia sobre esta terapia lo suficientemente válida que analice su efectividad sobre otras variables, o en comparación con otros tratamientos<sup>(2)</sup>.

En cuanto a la terapia interpersonal (TIP), es también una modalidad de psicoterapia muy recomendada en el tratamiento de niños y adolescentes con depresión. Originalmente fue desarrollada en 1984 por Klerman et al. Sin embargo, la adaptación de la terapia para ser aplicada en adolescentes fue realizada por Mufson et al. en 1993<sup>(2)</sup>.

La TIP tiene como objetivo conseguir la disminución de los síntomas depresivos. Para ello, trata de fomentar en el adolescente el desarrollo de habilidades personales y sociales que le ayuden a mejorar sus relaciones interpersonales y a manejar de manera más positiva los factores estresantes que puedan derivar de estas<sup>(24,25)</sup>.

Durante la terapia se enseñan habilidades de comunicación y técnicas de resolución de problemas interpersonales que resultan especialmente útiles para reducir los conflictos y conseguir un mayor apoyo social. De esta forma, no solo se puede conseguir una reducción de los síntomas depresivos, si no una mejoría del funcionamiento general del menor. También se trabajan aspectos como la autonomía, la promoción de estrategias de afrontamiento frente a pérdidas, educación en relaciones sentimentales, o el manejo de la influencia por parte de terceros<sup>(24,25)</sup>.

Se trata de una intervención compuesta generalmente por 12 sesiones individuales, que pueden dividirse en tres fases: en primer lugar, se discute sobre las relaciones sociales más significativas para el adolescente, tratando de identificar aquellas que resulten más problemáticas para él o que desee mejorar. Una vez realizado esto, es cuando el profesional comienza a enseñar al paciente las habilidades específicas de comunicación y las estrategias de resolución que resulten necesarias para solventar las dificultades identificadas previamente por el adolescente, especialmente aquellas que puedan estar más relacionadas con el episodio depresivo que atraviesa. Una vez que el adolescente ha puesto en práctica lo aprendido durante las sesiones, se pasa a la fase final, en la que ambos (paciente y terapeuta) analizan de manera conjunta si ha habido mejoría en los síntomas depresivos y un aumento en la destreza social que ayuden al paciente a solucionar las dificultades interpersonales a las que se enfrenta. Además, el profesional debe reforzar las estrategias que hayan resultado más exitosas para que el adolescente pueda incorporarlas de manera cotidiana cuando sea necesario<sup>(25)</sup>.

La TIP se ha probado principalmente en adolescentes y sus resultados han mostrado que en los pacientes sometidos a este tipo de psicoterapia había disminuido la presencia de síntomas depresivos post tratamiento en comparación con el grupo control. No existe evidencia lo suficientemente concluyente acerca de la terapia interpersonal en niños menores de 12 años<sup>(2)</sup>.

Centrándonos más concretamente en el papel de enfermería en el tratamiento psicológico, podríamos constatar que la enfermera especialista en salud mental está formada y capacitada para llevar a cabo de manera independiente técnicas de abordaje terapéutico que ayudan a tratar una alteración del estado de ánimo como la depresión, mediante la planificación y ejecución de intervenciones enfocadas en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud<sup>(26)</sup>. Sin embargo, tras la revisión bibliográfica no se han encontrado artículos que pongan de manifiesto la efectividad de la intervención enfermera en la depresión de niños y adolescentes.

Un factor que resulta clave para incidir sobre el estado de ánimo, y estado de salud general de los pacientes con depresión, y sobre la cuál enfermería tiene un papel fundamental, es la educación en hábitos saludables y rutinas que mantengan de forma activa a los pacientes en su día a día, de tal manera que su vida sea lo más estructurada y ordenada posible<sup>(26)</sup>. Se incluye: seguir una alimentación saludable, tener una adecuada higiene del sueño, practicar ejercicio físico de forma regular o participar en actividades creativas y recreativas<sup>(26,27)</sup>.

Otro de los puntos sobre los que puede incidir es la educación al paciente y a la familia acerca del proceso mental que está atravesando el menor, con el objetivo de crear en ellos una mayor conciencia de enfermedad, reduciendo el estigma asociado a los trastornos de salud mental y aumentando las posibilidades de una involucración mayor en el abordaje de la depresión<sup>(20)</sup>. En ella se explicarían los síntomas que puede padecer el menor y se incluiría la enseñanza de pautas para que sea capaz de distinguir los factores que pueden alterar su estado de ánimo, así como de reconocer cuando se encuentre en un momento más crítico de su proceso de enfermedad<sup>(26)</sup>.

Además, se podrían llevar a cabo intervenciones orientadas a mejorar las habilidades sociales del paciente, asertividad y capacidad de adaptación a los cambios, así como favorecer la expresión de sentimientos y emociones. También puede acompañarse de la enseñanza en técnicas de relajación, auto-aceptación y conocimiento personal<sup>(26)</sup>. Como bien se explica en el apartado 3.3, todo ello se trata de factores protectores para el desarrollo o empeoramiento de la enfermedad, por lo que dichas intervenciones enfermeras resultan clave en el abordaje del menor con un trastorno depresivo.

Todas las funciones mencionadas que competen al personal de enfermería están recogidas en forma de intervenciones NIC en la base de datos NNNConsult, donde se especifican las respectivas actividades de enfermería con las que pueden elaborarse planes de cuidados para el abordaje terapéutico de la depresión en niños y adolescentes. Algunos ejemplos son: “Potenciación de la autoestima” [5400]; “Asesoramiento” [5240]; “Aumentar los sistemas de apoyo” [5440]; “Apoyo emocional” [5270]; “Educación para la salud” [5510]; “Mejorar el afrontamiento” [5230]; “Potencialización de la disposición de aprendizaje” [5540], entre otros<sup>(28)</sup>.

Dichas intervenciones incluyen actividades como: “Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación”, “Incorporar estrategias para potenciar la autoestima”, “Animar al paciente a encontrar sus puntos fuertes y sus capacidades”, “Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad”, “Reafirmar los puntos fuertes personales que identifiquen al paciente”, “Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario”, “Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones”, “Favorecer la expresión de sentimientos”, “Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas”, “Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias”, “Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los momentos de más ansiedad”, “Proporcionar un ambiente de aceptación”, “Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación”, “Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes”, etc<sup>(28)</sup>.

Por otro lado, debido a que el curso de un trastorno depresivo puede resultar largo y complejo, además de las frecuentes recaídas (apartado 3.2), debe tenerse muy en cuenta la planificación de cuidados de cara al seguimiento y evolución del paciente con depresión. Para ello, resulta imprescindible la figura de la enfermería, que cuenta con intervenciones como “Vigilar el estado emocional del paciente”, “Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos”, “Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo”, “Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables”, etc<sup>(28)</sup>.

Otro de los puntos a tener en cuenta en el abordaje de la depresión infanto-juvenil es que, aparte de trabajar directamente con el paciente, se debe incluir siempre a la familia en los cuidados. Al tratarse de la figura principal de referencia, apoyo y apego del paciente, la actitud y comportamiento de los progenitores son un factor muy influyente en el estado de ánimo diario del menor, y que, por lo tanto, resultan decisivos en la evolución de su proceso depresivo<sup>(26)</sup>.

Se debe asegurar que los miembros de la familia estén comprometidos con el cuidado y el bienestar del menor. Por un lado, educándoles para detectar los factores de riesgo o reconocer signos de alarma tan pronto como aparezcan; y, por otro lado, instruyéndolos en comportamientos adecuados que aseguren una progresión favorable del estado de ánimo de su hijo. Para ello, algunas de las actividades de enfermería que recoge el NNNConsult dirigidas a la familia son: “Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un autoconcepto positivo para sus hijos”, “Enseñar a los padres a reconocer los logros de sus hijos”, “Observar la situación familiar actual y la red de apoyo”, “Implicar a la familia en los cuidados y la planificación”, “Explicar a los demás implicados la manera en la que pueden ayudar”, “Estimular la implicación familiar”, “Lograr la participación de la familia, principalmente<sup>(28)</sup>.

## 5.2 Tratamiento farmacológico

Otra de las opciones terapéuticas para el tratamiento de la depresión mayor es el uso de fármacos antidepresivos. Su prescripción es muy común en población adulta, ya que su

eficacia en este grupo de edad está bien documentada. Sin embargo, no ocurre de igual manera en el caso de los niños y adolescentes, pues los resultados de los estudios realizados con adultos no pueden aplicarse a los jóvenes. Es por ello que las investigaciones realizadas con niños y adolescentes son menos numerosas y conllevan menos fármacos<sup>(2)</sup>.

Los únicos antidepresivos que han demostrado ser eficaces en población infanto-juvenil son los llamados ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). En este grupo se encuentran: la fluoxetina, considerado de primera elección por ser el que más evidencia tiene para pacientes a partir de los 8 años, la sertralina, el citalopram y el escitalopram. Dependiendo del perfil del paciente, la forma en la que este responda a los fármacos, y otros criterios clínicos, podrá prescribirse uno u otro<sup>(2)</sup>. Las dosis de estos antidepresivos pueden consultarse en el *Anexo 6*. Por el contrario, no está recomendado el uso de antidepresivos tricíclicos, atípicos y tampoco de paroxetina, duloxetina, venlafaxina ni mirtazapina<sup>(2)</sup>.

En el momento en que se plantea la prescripción de un antidepresivo en un niño o adolescente, es importante dejar claro al paciente y sus progenitores el funcionamiento del fármaco: los primeros síntomas sobre los que se nota mejoría son los problemas de apetito y sueño, posteriormente incrementará la capacidad de concentración y aumentará el interés en las actividades. Sin embargo, no se notará que comience a hacer efecto sobre los síntomas de tristeza y desánimo hasta varias semanas después de haber iniciado el tratamiento (habitualmente de 2 a 4 semanas). La duración del tratamiento suele ser un mínimo de 6 a 9 meses con la misma dosis con la que se comenzó a obtener mejoría<sup>(2)</sup>.

Tan pronto como el niño o adolescente comience con un tratamiento farmacológico antidepresivo, es importante prestar atención a la evolución de su estado de ánimo, empeoramiento o no de la sintomatología, y la aparición de efectos adversos, que en el caso de los ISRS son frecuentes: cefalea, sudoración excesiva, alteraciones del apetito y sueño, aumento de peso o malestar digestivo, que incluye náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento y dolor abdominal. Además, en niños puede ser común los cuadros de activación conductual que cursan con nerviosismo, inquietud, acatisia e impulsividad. Es cierto que dichos efectos adversos suelen ser transitorios, controlándose después de las primeras semanas de tratamiento y desapareciendo/disminuyendo con la eliminación o descenso de la dosis<sup>(2)</sup>. El personal de enfermería está capacitado para llevar a cabo una monitorización de dichos efectos adversos, así como otros cambios que puedan percibirse o ser manifestados por el paciente o su familia.

Una de las complicaciones que se han descrito derivadas de la medicación antidepresiva es la presencia de ideas o conductas suicidas por parte del menor<sup>(2)</sup>. Se ha comprobado que los adolescentes con depresión mayor que reciben un tratamiento exclusivamente con ISRS presentan un riesgo de suicidio significativamente mayor que aquellos que se someten a un tratamiento únicamente basado en la psicoterapia, concretamente la terapia cognitivo-conductual. En el caso de la fluoxetina, un estudio evidenció que el 18.6% de los pacientes que tomaban este fármaco presentaban ideación suicida a corto plazo (postratamiento), frente a un 5.4% en aquellos que habían seguido la terapia cognitivo-conductual y no habían tomado antidepresivos. Esta diferencia se mantenía de 6 a 9 meses más tarde (13.6% frente a 3.9%)<sup>(8)</sup>.

Cuando el paciente ya no precise el fármaco, o bien vaya a ser retirado por cualquier otro criterio médico, se deberá ir rebajando la dosis de manera gradual e intentando que no coincida con eventos que puedan generar estrés o cualquier descompensación en el menor<sup>(2)</sup>.

Respecto a las indicaciones de este tipo de terapia, no se recomienda optar por la medicación antidepresiva como tratamiento inicial en niños y adolescentes con depresión mayor leve. Solo forma parte de la estrategia inicial para los niños con cuadros de depresión mayor grave, o depresión mayor moderada y grave en el caso de los adolescentes;

procurando siempre asociar la medicación a una terapia psicológica (tratamiento combinado), y no utilizarlo como tratamiento único<sup>(2)</sup>. Se adjuntan los algoritmos de actuación en el tratamiento de la depresión mayor leve, moderada y grave en el *Anexo 7*.

Las recomendaciones emitidas en 2019 por el NICE (Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en la Atención, en inglés: National Institute for Health and Care Excellence) apuntan a que se debe anteponer la psicoterapia frente a los antidepresivos, incluida la fluoxetina, en el tratamiento de la depresión mayor de niños y adolescentes<sup>(29)</sup>. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud declaró en una nota de prensa de noviembre de 2021 que resulta clave evitar la medicación excesiva y se deben priorizar las soluciones no farmacológicas<sup>(5)</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

Ante un caso de depresión en un niño o adolescente son competencias del médico determinar el diagnóstico y encargarse de parte del tratamiento, como es el caso de la prescripción de fármacos antidepresivos, ajuste de la dosis, elección del principio activo... Y en cuanto a la psicoterapia, será el psicólogo o psiquiatra quién dirija las sesiones. Sin embargo, como bien se ha ido desarrollando a lo largo de este trabajo, el personal de enfermería juega un papel fundamental tanto en la detección precoz como en el abordaje terapéutico de la depresión en niños y adolescentes.

Por un lado, se ha planteado la posibilidad de implantar un cuestionario de cribado dirigido a todos los adolescentes entre 13 y 16 años que acuden de forma voluntaria, normalmente por un motivo físico, a una consulta de Atención Primaria tanto médica como enfermera. Como se ha explicado anteriormente, los estudios realizados señalan que esta propuesta parece viable de llevar a cabo, y con ella se conseguiría un gran avance a la hora de detectar precozmente a niños y adolescentes que estén atravesando un episodio depresivo.

Centrándonos en el terreno de enfermería, resultaría más acertado y beneficioso no limitarse solo a pasar el cuestionario a aquellos adolescentes que asisten a la consulta por razones puntuales, como puede ser el caso de una cura, si no incluirlo además en el programa del Niño Sano con el objetivo de tener la oportunidad de realizar el cribado a todos los adolescentes. Los 13 años resulta un periodo clave, pues como bien se menciona en el apartado de epidemiología, es partir de esta edad cuando aumenta considerablemente la prevalencia de depresión mayor de un 2,8% a un 5,6%. Debido a esto, sería oportuno incorporar esta intervención en la revisión de los 14 años. Actualmente el Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC) considera imprescindible la exploración de sentimientos de tristeza, soledad o abandono en la revisión de los 14, pero no expone ninguna intervención específica para ello<sup>(30)</sup>.

Por otro lado, se han expuesto también en este trabajo numerosas intervenciones enfermeras para el abordaje terapéutico de la depresión mayor en población infanto-juvenil, enfocadas en ofrecer apoyo, favorecer la expresión de sentimientos, promover la autoaceptación, o reforzar la seguridad y la autoestima de los menores. También se incluye el seguimiento y evolución del menor, pudiendo el personal de enfermería realizar una monitorización de los síntomas o permanecer atento a la aparición de efectos adversos en el caso de que el paciente esté siguiendo un tratamiento farmacológico antidepresivo.

Además, debido a la trascendencia que tiene el hecho de que los niños y adolescentes se sientan en un entorno seguro, bien atendidos y queridos, se ha resaltado la importancia de tener en cuenta a la familia, existiendo intervenciones de enfermería para incluirla en los planes de cuidados. Para involucrarlos en el proceso de su hijo, la enfermera puede

proporcionarles los conocimientos necesarios acerca de la enfermedad. Además, puede educarles en cómo seguir conductas que ayuden hacia un avance favorable del estado de ánimo del menor, o instruyéndolos para detectar factores de riesgo o identificar signos de alarma tan pronto como aparezcan.

En resumen, la figura de la enfermera tiene mucho que aportar en los casos de depresión que afectan a niños y adolescentes, resultado clave sus intervenciones para que, junto con el resto de profesionales de la salud, pueda abordarse este problema de salud pública.

Como respuesta a la elevada prevalencia de los trastornos de salud mental infanto-juvenil, entre los que se encuentra la depresión, la Consejería de Sanidad de Cantabria ha elaborado un Plan de Salud Mental con objetivos y propuesta para incluir en el Servicio Cántabro de Salud entre 2022 y 2026 que cuenta con una línea de actuación enfocada en la infancia y adolescencia, con acciones enfocadas en la humanización, promoción de la salud, prevención, continuidad asistencial de los cuidados y formación a los profesionales sanitarios, entre otras<sup>(31)</sup>.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización [Internet]. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc\\_575\\_depresion\\_infancia\\_avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf)
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. Consejo General de la Psicología de España. Se incrementa la cifra de suicidios en España, según datos del INE [Internet]. 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www3.infocop.es/viewarticle/?articleid=22663>
5. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. 2021 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
6. Soutullo Esperón C, MD, PhD; Collins C, B. Sci. Depresión mayor en niños y adolescentes. *Pediatría Integral* [Internet]. 2022 [Consultado 25 Abr 2023]; XXVI (2): 83.e1 – 83.e16. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-03/depresion-mayor-en-ninos-y-adolescentes/>
7. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022 [Consultado 25 Abr 2023]; 9 (2): 137-150. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00395-3/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext#%20)
8. Sanz J, García-Vera MP. Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud* [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 31(1): 55-65. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v31n1/1130-5274-clinsa-31-1-0055.pdf>
9. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte - Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022 (datos provisionales) [Internet]. Notas de prensa del Instituto Nacional de Estadística: 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf)
10. Sisa Pelayo MT. Propuesta de un programa de prevención de la depresión en preadolescentes [Internet]. Valencia: 2019 [Consultado 25 Abr 2023]. p.1-86. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1335/TFG%20OFICIAL.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
11. Herrera Galván FB. Depresión infantil: Evaluación y tratamiento [Internet]. La Laguna: 2017/2018 [Consultado 25 Abr 2023]. p.1-28. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/8830/Depresion%20infantil%20Evaluacion%20y%20tratamiento.%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

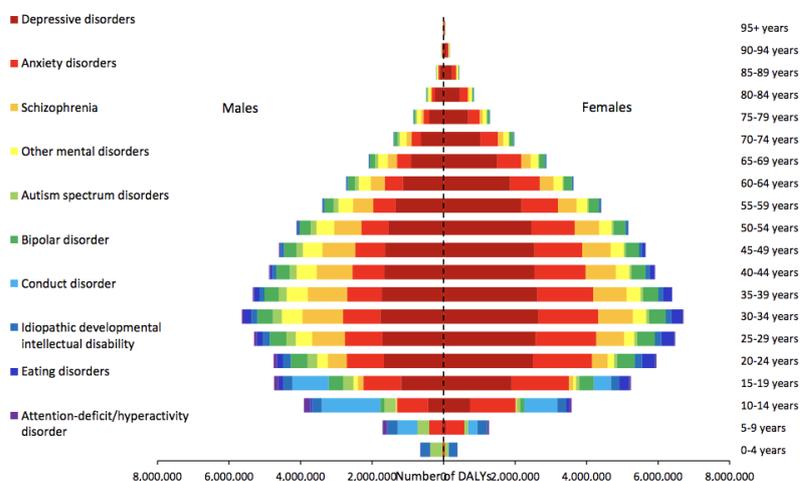
12. Aguilar-Yamuza B, Raya-Trenas AF, Pino-Osuna MP, Herruzo-Cabrera J. Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. Revista de psicología clínica con niños y adolescentes [Internet]. Córdoba: 2019 [Consultado 25 Abr 2023]; 6 (1): 36-43. Disponible en: [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/05\\_3.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/05_3.pdf)
13. Herskovic V, Matamala M. Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 31(2): 183-187. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300213>
14. Gallego Iborra A, García Aguado J, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, San Miguel Muñoz MJ, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, Mengual Gil JM. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 22(86): 195-206. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322020000300015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000300015)
15. Royo Moya J, Fernández Echevarría N. Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. Pediatría integral [Internet]. 2017 [Consultado 25 Abr 2023]; XXI (2): 116.e1-116.e6. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/05/n2-116e1-6\\_JavierRoyo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/05/n2-116e1-6_JavierRoyo.pdf)
16. Sánchez Mascaraque P. Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de Atención Primaria. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia [Internet]. 2019 [Consultado 25 Abr 2023]; VII (2): 54.e1-78.e.10. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num2-2019/54e1-54e10%20Taller%20simultaneo%20-%20Herramientas%20para%20valorar%20la%20ansiedad.pdf>
17. Patra KP, Kumar R. Screening For Depression and Suicide in Children [Internet]. StatPearls: StatPearls Publishing; 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35015441/>
18. Triñanes Pego Y, Rial Boubeta A, Varela Reboiras L, Mazaira Castro JA, Atienza Merino G. Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young People) en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://redets.sanidad.gob.es/documentos/avalia-t201701TIDY.pdf>
19. Oteiza Collante M, Méndez I, Santamarina Pérez P, Romero S. Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2023 [Consultado 25 Abr 2023]; 25 (97): 83-93. Disponible en: <https://pap.es/articulo/13926/los-trastornos-depresivos-de-la-infancia-y-la-adolescencia-principales-signos-de-alerta-orientacion-para-el-tratamiento>
20. Consejo Andaluz de Colegios de Enfermería. La enfermera especialista en salud mental: un papel fundamental en el bienestar mental de los adolescentes [Internet]. 2023 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://consejoandaluzenfermeria.com/noticias/la-enfermera-especialista-en-salud-mental-un-papel-fundamental-en-el-bienestar-mental-de-los-adolescentes/>
21. Myers DG. Psicología. 7ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
22. Espada Sánchez JP, Sánchez López A, Morales Sabuco A. Effectiveness of psychological treatments for depression in childhood and adolescence: A review of reviews. Revista de

- Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. 2023 [Consultado 25 Abr 2023]; 10 (1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8725704>
23. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Terapia cognitivo-conductual [Internet]. [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://sepsm.org/wp-content/uploads/2022/06/TERAPIA\\_COGNITIVO\\_CONDUCTUAL.pdf](https://sepsm.org/wp-content/uploads/2022/06/TERAPIA_COGNITIVO_CONDUCTUAL.pdf)
24. Jones JD, Gallop R, Gillham JE, Mufson L, Farley AM, Kanine R, Young JF. The Depression Prevention Initiative: Mediators of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2021 [Consultado 25 Abr 2023]; 50 (2): 202-214. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31429601/>
25. Gunlicks-Stoessel M, Westervelt A, Reigstad K, Mufson L, Lee S. The role of attachment style in interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research* [Internet]. 2019 [Consultado 25 Abr 2023]; 29(1): 78–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28436756/>
26. Diario Enfermero. Las enfermeras, aliadas en la psiquiatría infantojuvenil [Internet]. 2018 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/las-enfermeras-aliadas-en-la-psiquiatria-infantojuvenil/>
27. Servicio Cántabro de Salud. Manual de Salud Mental Infanto-Juvenil [Internet]. Servicio Cántabro de Salud; 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Manual+Salud+Mental+Infanto-Juvenil+2022.pdf/6684d15d-ba6b-f85f-8fe3-656afcf0a9fb?t=1654605242056>
28. NNNConsult [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2023 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/index.php>
29. NICE. Depression in children and young people: identification and management [Internet]. 2019 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/resources/depression-in-children-and-young-people-identification-and-management-pdf-66141719350981>
30. Grupo de Trabajo del PSIAC. Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC) [Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública; 2014 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/progama%20infancia%20adolescencia\\_v10\\_web.pdf](https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/progama%20infancia%20adolescencia_v10_web.pdf)
31. Consejería de Sanidad - Servicio Cántabro de Salud. Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026 [Internet]. Cantabria: Consejería de Sanidad - Servicio Cántabro de Salud; 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/10-1191%20PLAN%20SALUD%20MENTAL%202022\\_WEB.pdf](https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/10-1191%20PLAN%20SALUD%20MENTAL%202022_WEB.pdf)
32. AETC National Coordinating Resource Center. Depression Screening Tools [Internet]. 2021 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://aidsetc.org/resource/depression-screening-tools>
33. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. [Internet]. Buenos Aires. [Consultado 25 Abr 2023]. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2); [aprox. 4p.]. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/index.php?var=material/articulos.php](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/index.php?var=material/articulos.php)

## 8. ANEXOS

### Anexo 1: Trastornos mentales a nivel mundial, clasificado por edad y sexo en 2019<sup>(7)</sup>

Figure 1: Global DALYs by mental disorder, sex, and age in 2019



### Anexo 2: “Patient Health Questionnaire for Adolescents” (PHQ-9A)<sup>(32)</sup>

#### Una encuesta de parte de su proveedor de cuidados de salud

#### - PHQ-9 modificado para adolescentes

¿Qué tan a menudo ha sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las dos últimas semanas? Por cada síntoma escriba una “X” en el cuadro que mejor describe como se siente.	(0) Ninguno	(1) Varios Días	(2) Mas de la Mitad de los Días	(3) Casi Todos los Días
1. ¿Se siente deprimido, irritable, o sin esperanza?	0	1	2	3
2. ¿Poco interés o placer para hacer cosas?	0	1	2	3
3. ¿Tiene dificultad para dormirse, quedarse dormido, o duerme demasiado?	0	1	2	3
4. ¿Poco apetito, pérdida de peso, o come demasiado?	0	1	2	3
5. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?	0	1	2	3
6. ¿Se siente mal por usted mismo-o siente que es un fracasado, o que le ha fallado a su familia y a usted mismo?	0	1	2	3
7. ¿Tiene problema para concentrarse en cosas tales como tareas escolares, leer, o ver televisión?	0	1	2	3
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas pueden notarlo? ¿O al contrario-esta tan inquieto que se mueve mas de lo usual?	0	1	2	3
9. ¿Pensamientos que estaría mejor muerto o de hacerse daño usted mismo de alguna manera ?	0	1	2	3

Para la codificación de oficina: 0 + + +  
= Puntaje total \_\_\_\_\_

10. ¿En el año pasado se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando se siente bien algunas veces?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
11. Si usted esta pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿qué tan difícil estos problemas le causan para hacer su trabajo, hacer las cosas de la casa, o relacionarse con las demás personas?	No difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Sumamente difícil <input type="checkbox"/>
12. ¿En el mes pasado hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
13. ¿Alguna vez en su vida, trato de matarse o trato de suicidarse?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

Adapted from the patient health questionnaire (PHQ) screeners (www.phqscreener.com). Accessed October 6, 2016. See website for additional information and translations.

#### Scoring the PHQ-9 modified for Teens

Scoring the PHQ-9 modified for teens is easy but involves thinking about several different aspects of depression.

#### To use the PHQ-9 as a diagnostic aid for Major Depressive Disorder:

- Questions 1 and/or 2 need to be endorsed as a "2" or "3"
- Need five or more positive symptoms (positive is defined by a "2" or "3" in questions 1-8 and by a "1", "2", or "3" in question 9).
- The functional impairment question (How difficult...) needs to be rated at least as "somewhat difficult."

#### To use the PHQ-9 to screen for all types of depression or other mental illness:

- All positive answers (positive is defined by a "2" or "3" in questions 1-8 and by a "1", "2", or "3" in question 9) should be followed up by interview.
- A total PHQ-9 score > 10 (see below for instructions on how to obtain a total score) has a good sensitivity and specificity for MDD.

#### To use the PHQ-9 to aid in the diagnosis of dysthymia:

- The dysthymia question (In the past year...) should be endorsed as "yes."

#### To use the PHQ-9 to screen for suicide risk:

- All positive answers to question 9 as well as the two additional suicide items MUST be followed up by a clinical interview.

#### To use the PHQ-9 to obtain a total score and assess depressive severity:

- Add up the numbers endorsed for questions 1-9 and obtain a total score. See table below for score interpretations.

Score	Severity
0-4	None-minimal
5-9	Mild
10-14	Moderate
15-19	Moderately Severe
20-27	Severe

## Anexo 3: "Beck Depression Inventory-II" (BDI-II)<sup>(33)</sup>

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
Ocupación ..... Educación:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**Anexo 4: “Patient Health Questionnaire-2” (PHQ-2)<sup>(3)</sup>**

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado cada uno de los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1	Tener poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3

## Anexo 5: Protocolo de diagnóstico e intervención del Programa TIDY<sup>(18)</sup>

- El **CRIBADO** de depresión se realizará a **todos** los adolescentes de 13-16 años que acudan a la consulta (es raro que consulten directamente por síntomas emocionales).

Si el cribado es negativo, finaliza el proceso; **si** el cribado **es positivo** se pasa a la fase de profundizar en el **DIAGNOSTICO**. Si el diagnóstico es negativo, finaliza el proceso; **si** el diagnóstico **es positivo** se procede a las pautas de **TRATAMIENTO**, incluyendo su derivación si se considera necesario.

- *Si conoce a los adolescentes o sus familias considere si sabe de algún estresante particular que pudiera influir en su estado de ánimo; considere también si sería oportuno hablar con el adolescente a solas..*

### A) Atención habitual a la consulta que se presente + CRIBADO de depresión

**1- Haga la pregunta de transición** (para cambiar el foco de la consulta de los síntomas físicos a los psicológicos)

*Aparte de tu (por ejemplo, cefalea, acné...)... ¿qué tal has estado?  
A veces (el síntoma físico) ... puede empeorar si estás preocupado o estresado. ¿Hay algo en particular que te afecte esta temporada?*

**2- Haga alguna/s preguntas de cribado psiquiátrico general** (facilita la discusión de aspectos psicológicos)

*¿Tienes otras dificultades o preocupaciones en este momento?  
¿Hay algo más que te esté molestando?  
¿Tú cómo te ves más, feliz o triste?*

**3- Cribado para la depresión** (para evaluar sus síntomas principales, estado de ánimo e irritabilidad)

1. **¿Te has sentido más triste o desanimado últimamente?... ¿Has tenido más ganas de llorar o has llorado más de lo normal?**

- **Sí:** aclarar frecuencia y duración:

*¿Cuánto tiempo te dura?  
¿Con qué frecuencia te sientes así?  
¿Cuándo empezaste a sentirte así?*

**Si los síntomas son frecuentes (> 3 horas 3 veces/semana) y persistentes (duran > 2 semanas): puntúe 1 y continúe con el diagnóstico de depresión (apartado B)**

- **No:** pasar a pregunta 2

2. **¿Últimamente te has sentido más enfadado o irritable de lo habitual?**

- **Sí:** aclarar frecuencia y duración:

*¿Cuánto tiempo te dura?  
¿Con qué frecuencia te sientes así?  
¿Cuándo empezaste a sentirte así?*

**Si los síntomas son frecuentes (> 3 horas 3 veces a la semana) y persistentes (duran > 2 semanas): puntúe 1 y continúe con el diagnóstico de depresión (apartado B)**

- **No:** finaliza el proceso de cribado. Complete la lista de verificación

## B - DIAGNOSTICAR la depresión

- Evaluar los **síntomas asociados** y su impacto: *Te voy a preguntar sobre otros cambios que podrías haber notado mientras te has estado sintiendo triste/desanimado/...*

1. ¿Cambio en el peso o en el apetito?
2. ¿Cansado o con falta de energía?
3. ¿Cambio en el patrón de sueño?
4. ¿Inquieto o enlentecido?
5. ¿Dificultad para concentrarte o prestar atención a lo que haces?
6. ¿Has perdido el interés en cosas que te gustaban o no las disfrutas como antes?
7. ¿Te sientes culpable de cosas?
8. (siempre) ¿Has llegado a sentirte desesperado..., has llegado a desear estar muerto, o a pensar en hacerte daño o en suicidarte?

- **Si 1 o menos son positivas finalice aquí, y complete la lista de verificación.**
- **Si 2 o más son positivas continuar preguntando sobre el impacto de los síntomas.**

Aclarar **impacto**:

1. Los síntomas interfieren en tu rendimiento escolar.
2. Los síntomas afectan a tus relaciones con la familia.
3. Los síntomas afectan a la relación con tus amigos.

La puntuación mínima para confirmar el diagnóstico es: bajo estado de ánimo y/o irritabilidad presentes, 2 síntomas asociados y 1 nivel de impacto. Si es positivo proceder al tratamiento.

## C- TRATAMIENTO

### 1. Dar retroalimentación

- **Nombrarlo** (como depresión)
- Describirlo (en términos de relacionar estado de ánimo, síntomas físicos, comportamiento, incluir los síntomas que ha contado..)
- Relacionarlo con estresores (a situaciones y circunstancias conocidas)
- **Dar información** sobre la depresión (*es frecuente, le pasa a mucha gente joven, se pasa mal y puede afectar a tu vida de muchas formas.., suele acabar pasando, aunque a veces tarda meses, pero se pueden hacer muchas cosas para ayudar, hay varios tratamientos eficaces*),
- *Dar un folleto (reforzando la información verbal)*

### 2. Estrategias de afrontamiento

- **Movilizar ayuda/identificar un confidente** (*para ayudar a sentirte mejor vamos a elegir a alguien a quien puedas contar cómo te has estado sintiendo*)
- **Programación de actividades con autorrefuerzo** (animar a planificar hacer cosas con las que pueda disfrutar, felicitar a sí mismo cuando lo consiga)
- **Dar refuerzo positivo** (*a pesar de sentirte tan mal has sido capaz de venir y contarlo, es un paso difícil y valiente y lo has hecho muy bien, felicidades*)

3. Recordatorio: **Recuerda, la depresión suele acabar pasando!**

4. Invítale a volver: **pero si tarda o si quieres hablar más, por favor vuelve a verme, hay otras opciones que podríamos probar...** Finalmente rellene la lista de verificación.

**Anexo 6: Dosis habituales de antidepressivos ISRS para el tratamiento de la depresión mayor en población infanto-juvenil<sup>(3)</sup>**

Fármaco	Dosis de inicio (mg/día)	Incremento semanal (mg)	Dosis efectiva (mg)	Dosis máxima en ensayo clínico (mg)
Fluoxetina	10	10-20	20	60
Sertralina	25	12,5-25	50-100	200
Citalopram	10	10	20	60
Escitalopram	5	5	10	20

**Anexo 7: Algoritmo de actuación en el tratamiento de la depresión mayor<sup>(3)</sup>**

