



Previnfad Grupo de trabajo AEPap / PAPPS semFYC

Recomendaciones

CRIBADO DE DEPRESIÓN MAYOR

Enero 2020

Se buscaron evidencias que permitan recomendar actividades de cribado de la depresión en la infancia y adolescencia desde el ámbito de la atención primaria. Se trata de un problema prevalente, que tiende a la cronicidad y que aparece como resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Al tratarse de un fenómeno complejo, la mayoría de las actividades de prevención primaria (reforzamiento de la parentalidad positiva, habilidades en la resolución de conflictos o prevención del acoso escolar) exceden el ámbito sanitario.

No hay estudios que comparen resultados en salud en población cribada respecto a la no cribada, por lo que tendremos que basarnos en resultados intermedios. El cribado poblacional estará justificado si existen herramientas con buen rendimiento diagnóstico, aceptadas por la población diana, y terapias eficaces (tanto más cuanto más precozmente se inicien) con efectos secundarios escasos y bien tolerados.

Pruebas de cribado

En salud mental, el cribado poblacional se realiza mediante cuestionarios que permiten medir fenómenos que no son directamente observables. Para que un cuestionario pueda ser utilizado como instrumento de cribado, debe tener unas adecuadas propiedades psicométricas (validez, sensibilidad, especificidad), ser fácil de responder e interpretar, requerir poco tiempo y ser válido para la población diana. Los resultados positivos deberán ser confirmados mediante entrevistas estructuradas en las que se evalúe el cumplimiento de los criterios diagnósticos.

La mayoría de los estudios que evalúan el rendimiento de los cuestionarios de cribado en depresión infantil son de baja calidad. Entre las deficiencias observadas se incluyen: un intervalo temporal excesivo para la comprobación diagnóstica, la aplicación en población ingresada o la falta de cegamiento de los evaluadores.

Los cuestionarios mejor estudiados son el BDI (Beck Depression Inventory) y el PHAQ (Patient Health Questionnaire Adolescent). El primero cuenta con una versión específica para niños y adolescentes, pero tiene un inconveniente en cuanto a su aplicabilidad en atención primaria: consta de 20 preguntas y se precisan unos 10 minutos para su cumplimentación y entre 25 y 50 minutos para su interpretación.

El PHAQ fue diseñado para atención primaria y está validado para población adolescente norteamericana. Consta de nueve preguntas, tiene una versión corta de dos preguntas (aunque con peor rendimiento psicométrico), incluye una pregunta referente al suicidio, y permite cribar y categorizar, pero no está validado en población adolescente española.

No se han encontrado estudios que evalúen daños potenciales asociados al cribado de depresión en niños y adolescentes.

No se han encontrado estudios que evalúen el rendimiento de los cuestionarios de cribado de depresión en niños o adolescentes con dos o más factores de riesgo de depresión mayor.

En resumen, la mayoría de los cuestionarios utilizados como herramientas de cribado poblacional tienen un grado de evidencia bajo. Para el BDI y el PHAQ existe una evidencia moderada de que podrían ser útiles, siendo más aplicable en atención primaria el segundo, aunque no está validado en población adolescente española.

Tratamiento

a) Niños menores de 12 años:

Los resultados de los estudios que evalúan la eficacia de la psicoterapia en niños son inconsistentes, la mayoría cuentan con tamaños muestrales pequeños y no consiguen demostrar su efectividad.

En cuanto al tratamiento farmacológico, hay estudios que demuestran mejoría de los síntomas con el uso de fluoxetina en niños mayores de 8 años con depresión mayor, mientras que en niños más pequeños no hay evidencia de la eficacia de los fármacos antidepresivos.

b) Adolescentes mayores de 12 años:

Se dispone de estudios que avalan la eficacia de la psicoterapia, concretamente la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, en el tratamiento de la depresión en el adolescente; bien sola o combinada con tratamiento farmacológico en función del grado de afectación.

Estudios bien diseñados concluyen que el fármaco de elección en niños mayores de 8 años y adolescentes es la fluoxetina, tanto para el tratamiento del episodio agudo como para la prevención de recaídas (tratamiento de mantenimiento).

La terapia combinada (con psicoterapia y fluoxetina) obtuvo en el estudio TADS una tasa de remisión del 37%, mayor que con psicoterapia o con fluoxetina por separado, en casos de depresión mayor moderada o severa. Hay estudios, aunque con menor calidad metodológica y tamaños muestrales menores, que avalan otras alternativas farmacológicas cuando fracasa el uso de la fluoxetina.

c) Efectos secundarios del tratamiento:

No hay estudios que evalúen los efectos secundarios de la psicoterapia aplicada en el tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia.

Parece demostrado que la toma de antidepresivos incrementa el riesgo de ideación suicida, sobre todo durante las dos primeras semanas de tratamiento. No se encontraron ensayos clínicos diseñados para el análisis de dicho efecto, aunque diversos estudios poblacionales parecen mostrar que el beneficio es mayor que el riesgo.

En resumen, en el tratamiento de la depresión en niños no hay evidencias que soporten el uso de la psicoterapia, y hay un grado de evidencia moderado de eficacia de la fluoxetina en mayores de 8 años. En adolescentes, hay evidencia de que tanto la

psicoterapia como la fluoxetina son eficaces, tanto como terapia del episodio agudo como de tratamiento de mantenimiento, aun cuando las tasas de respondedores no son elevadas.

	Cribado (rentabilidad prueba)	Tratamiento (eficacia)	Beneficio neto
Niños <12 años	Calidad de la evidencia baja	Calidad de la evidencia baja-moderada : no eficacia de la psicoterapia	Grado de certeza moderado de que el beneficio neto es nulo
Adolescentes >12 años	Calidad de la evidencia baja, con evidencia de calidad moderada para BDI y PHAQ	Calidad de la evidencia moderada: eficacia psicoterpia, terapia combinada y farmacológica	Grado de certeza moderado de que el beneficio neto es moderado

RECOMENDACIONES DE PREVINFAD

1. No se recomienda el cribado de la depresión en niños menores de 12 años.

Grado de recomendación D

2. Dada la falta de disponibilidad de una herramienta de cribado útil, fácil de aplicar en atención primaria y validada en población adolescente española, en la actualidad no es posible evaluar el balance entre los beneficios y los riesgos del cribado de la depresión en los adolescentes.

Posicionamiento I

3. No obstante, dada la importancia de la depresión mayor como enfermedad crónica con alta carga de morbilidad, riesgo de mortalidad, carga social y personal y con potencial de mejoría con tratamiento, PrevInfad considera que:

El pediatra de atención primaria debería desarrollar habilidades de comunicación y escucha activa, y estar entrenado en la detección de síntomas de depresión, en la evaluación de factores de riesgo y de situaciones vitales estresantes y en la exploración de la conducta suicida en caso de sospecha de depresión mayor.

Recomendación del grupo PrevInfad

Ana Gallego Iborra y Grupo PrevInfad

Cómo citar este artículo: Gallego Iborra, A. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado 1 de enero de 2020. [consultado DD-MM-AAAA]. Disponible en <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/depresion-rec>

Conflictos de intereses: los autores declaran que no tienen conflictos de intereses en relación con el tema abordado en este documento.