

# Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia

J. Royo Moya, M. Martínez Moneo

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-juvenil "Sarriguren". Navarra



## Resumen

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes son frecuentes, de naturaleza crónica y recurrente, y se asocian frecuentemente con trastornos comórbidos y pobre pronóstico que puede mejorar si el cuadro se identifica y se trata precozmente. Los síntomas de la depresión en niños varían, frecuentemente se infradiagnostica y no se trata adecuadamente porque se confunden sus síntomas con los cambios emocionales habituales durante el desarrollo. Los síntomas depresivos en la infancia son similares a los que aparecen en las depresiones de los adultos con la excepción de que presentan irritabilidad de modo más habitual que tristeza.

## Abstract

*Depressive disorders in children and adolescents are common, chronic, and recurrent, and they are often associated with comorbid psychiatric conditions and poor prognosis that can be alleviated by early identification and treatment. The symptoms of depression in children vary. It is often undiagnosed and untreated because they are passed off as normal emotional and psychological changes that occur during growth. The symptoms of depression in childhood are similar to adult major depressive disorder with the exception that children may also exhibit an extended and irritable mood, rather than sadness.*

**Palabras clave:** Depresión; Niños; Adolescentes; Diagnóstico; Tratamiento.

**Key words:** Depression; Children; Adolescents; Diagnostic; Treatment.

*Pediatr Integral 2012; XVI(9): 755-759*

## Introducción

Los trastornos depresivos (TD) son un subgrupo de los trastornos del estado de ánimo e incluyen el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno distímico (D) y el trastorno depresivo no especificado (TD-NOS).

Su aparición en la infancia y la adolescencia supone un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y por el incremento en la morbilidad y mortalidad psicosocial<sup>(1)</sup>.

El suicidio se encuentra entre las primeras causas de muerte en adolescentes con una tendencia creciente. La

conducta suicida incluye las tentativas de suicidio, la ideación suicida y la conducta autolesiva. Este tipo de comportamientos no siempre se encuadra en el proceso de un trastorno depresivo<sup>(2)</sup>.

La detección, diagnóstico e intervención precoces son esenciales en esta enfermedad, así como el desarrollo de programas y estrategias de prevención.

## Epidemiología

La prevalencia de los TD varía con la edad y con el tipo de presentación.

El TDM en pre-púberes tiene una prevalencia aproximada del 2%, sin di-

ferencias de género. En adolescentes la prevalencia es mayor, del 4 al 8%, siendo más prevalente en mujeres (1:2). El riesgo de depresión se multiplica por 2-4 después de la pubertad, sobre todo en mujeres<sup>(3)</sup> y la incidencia acumulada al alcanzar los 18 años puede alcanzar el 20%<sup>(4)</sup>. En el trastorno distímico la prevalencia es del 0,7-1,7% en niños y de 1,6-8% en adolescentes.

Aproximadamente un 5-10% de niños sufren síntomas depresivos subsindrómicos, que provocan cierto deterioro en su funcionamiento y aumentan el riesgo de psicopatología en el futuro.

Desde 1940 se ha observado que con cada generación aumenta el riesgo de presentar un TD en una edad más temprana (fenómeno de anticipación genética)<sup>(5)</sup>, al menos en los TD de intensidad leve y moderada.

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre el comportamiento suicida. La mayoría de los estudios se centran en casos de suicidio consumado, por lo que las cifras obtenidas probablemente subestiman la prevalencia real. En la población pediátrica el suicidio se va haciendo más prevalente con la edad, alcanzando un pico entre los 19 y los 23 años. En el año 2002 la tasa de suicidio consumado en España por 100.000 habitantes entre los 10-14 años fue de 0,38 y entre los 15 y los 17 años de 2,7. El suicidio consumado es más frecuente en los varones (ratio 5,5:1) y la ideación y el intento autolítico en las chicas (3:4). La ideación suicida es más frecuente que los intentos autolíticos y éstos son más prevalentes que los suicidios consumados<sup>(6)</sup>.

## Fisiopatología

**Aunque la etiología y fisiopatología de la depresión no se conoce todavía, existe suficiente evidencia acerca de la interacción de factores biológicos, factores de personalidad y ambientales.**

Los aspectos biológicos incluyen la heredabilidad genética, una disregulación de los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la influencia de las hormonas sexuales durante la pubertad.

A nivel psicológico, los estilos cognitivos depresivos se han asociado tanto con el origen de la depresión como con marcadores de vulnerabilidad para el desarrollo de TD (modelo de diátesis al estrés). Las personas con estilos cognitivos negativos tienen ideas distorsionadas acerca de sí mismos, del mundo que les rodea y del futuro. Tienden a sentirse responsables de cualquier evento negativo de sus vidas y sus expectativas de futuro suelen ser desesperanzadoras.

Los factores ambientales tienen un papel como factores de riesgo y precipitantes de TD, fundamentalmente aquellos relacionados con experiencias de abandono y abuso, sucesos vitales adversos (pérdidas significativas para el niño, divorcio

o separación parental), así como entornos familiares disfuncionales (niveles elevados de conflicto intrafamiliar, historia de consumo de tóxicos y/o enfermedad psiquiátrica de alguno de los progenitores).

## Clínica

**Los TD se incluyen en un *continuum* que va desde los trastornos subsindrómicos hasta los trastornos depresivos más graves<sup>(7)</sup>. Aunque los criterios para diagnosticar un TD son los mismos en niños y adolescentes, el cuadro clínico puede variar considerablemente según el nivel de desarrollo del niño<sup>(8)</sup>.**

**Las manifestaciones clínicas de la depresión en niños y adolescente se pueden englobar en tres tipos de síntomas: afectivos, físicos y cognitivos.**

1. **Síntomas afectivos.** Los síntomas más característicos del TD en niños y adolescentes son el humor triste o irritable, la pérdida de interés (apatía), la pérdida o disminución de la capacidad para experimentar placer en actividades con las que previamente se disfrutaba (anhedonia) y la astenia. Aparecen con frecuencia aislamiento social y síntomas de angustia y ansiedad.

El DSM-IV incluye el “ánimo irritable” entre los criterios diagnósticos de los TD sólo en niños y adolescentes, debido a que muchos niños carecen de la madurez emocional y cognitiva suficiente para identificar y organizar correctamente sus experiencias emocionales. Más que expresar tristeza, los niños deprimidos verbalizan “aburrimiento o enfado”, se muestran desafiantes y retadores, utilizando discusiones y peleas como vía para expresar su malestar emocional. A diferencia del adulto, la reactividad del humor está con frecuencia preservada, lo que puede llevar a confusiones en el diagnóstico. Tanto el sueño como el apetito suelen alterarse menos que en los episodios depresivos de los adultos. La apatía y anhedonia, en adolescentes puede llevar a una búsqueda de experiencias placenteras, con riesgo de iniciarse el consumo de tóxicos o conductas sexuales de riesgo.

2. **Síntomas físicos.** Los más característicos son la inquietud psicomotriz o inhibición (enlentecimiento,

letargia, mutismo), fatigabilidad y astenia, alteración del apetito (disminuido o aumentado), alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, despertar precoz, sueño no reparador), activación autonómica y molestias físicas inespecíficas.

3. **Síntomas cognitivos.** Disminución de la capacidad de atención y concentración, fallos de memoria (olvidos, despistes), indecisión, distorsiones cognitivas negativas (de soledad, vacío, incompreensión, culpa), baja autoestima e ideas de inutilidad y ideas de muerte o suicidio. Los niños y adolescentes con un TDM presentan con mayor frecuencia que los adultos sintomatología psicótica, tanto ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo como fenómenos alucinatorios, principalmente alucinaciones visuales.

La presentación clínica varía según el nivel de desarrollo del niño. En los niños pequeños (0-6 años) se observaría un malestar y decaimiento, pérdida o no ganancia de peso, trastornos del sueño y retraso en el neurodesarrollo. En pre-púberes es más frecuente la irritabilidad, la anhedonia (quejas de aburrimiento), agitación psicomotriz, quejas somáticas (como cefaleas o abdominalgias), síntomas de ansiedad (ansiedad de separación, miedos y fobias) y trastornos de conducta. En los adolescentes es más probable encontrar ánimo triste e ideas de suicidio, irritabilidad, trastornos de la conducta y conductas de riesgo. Con frecuencia los adolescentes deprimidos presentan síntomas depresivos atípicos, como hipersomnia, aumento de apetito, indiferencia y aplanamiento emocional y letargia.

La tabla I resume los criterios diagnósticos (DSM IV) de los distintos TD depresivos y sus aspectos diferenciales.

En la década de los 70, los términos “depresión enmascarada” y “equivalente depresivo” conocieron su auge, que se mantuvo hasta bien entrada la década de los 90. La llamada “depresión enmascarada” hace referencia a una depresión que no muestra trastornos del ánimo, presentando otros síntomas como hiperactividad, conductas antisociales, conducta agresiva y trastornos del aprendizaje. Los “equivalentes depresivos” hacen referencia a la presencia de quejas somáticas, fundamentalmente dolores

**Tabla I.** Clasificación DSM-IV, aspectos diferenciales

<b>Trastorno</b>	<b>Cronología</b>	<b>Síntomas más importantes</b>	<b>Síntomas diferenciales</b>
<b>Trastorno depresivo mayor</b>	Síntomas presentes al menos durante 2 semanas	Casi todos los días, la mayor parte del día: presencia de ánimo deprimido o irritabilidad, pérdida de interés y de disfrute de la mayoría de actividades, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de atención y concentración, fatiga o pérdida de energía, inhibición o agitación psicomotriz, pensamientos de muerte, ideación suicida persistente, planificación o tentativa de suicidio, pérdida significativa de peso (o no ganancia esperada), insomnio o hipersomnia	En los casos más severos: síntomas psicóticos
<b>Distimia</b>	Síntomas presentes al menos durante un año	Hiporexia o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía o fatiga, baja autoestima, pérdida de concentración o dificultad en la toma de decisiones, sentimientos de desesperanza	Menor severidad pero mayor riesgo de cronicidad
<b>Trastorno depresivo no especificado</b>	Variable	Esta categoría se utiliza cuando existen signos y síntomas depresivos que no cumplen los criterios diagnósticos de TDM o de D.	Esta categoría diagnóstica puede utilizarse cuando no es posible determinar si el TD está inducido por sustancias o relacionado con enfermedad médica

*Origen: Child and adolescent Psychiatry, The Essentials. Cheng K, et al. 2005.*

(de cabeza, abdominales...) en un niño que, aparentemente, no muestra síntomas depresivos. En realidad, los síntomas depresivos están presentes y la falta de detección de estos síntomas tiene que ver fundamentalmente con deficiencias en la exploración psicopatológica.

## Diagnóstico

**El diagnóstico del TD es clínico y se realiza mediante una historia clínica detallada y una exploración del estado mental, para valorar si se cumplen los criterios diagnósticos de DSM-IV o CIE-10.**

En la entrevista clínica inicial se debe valorar la presencia e intensidad del episodio depresivo, su repercusión funcional y la presencia de ideas de muerte o de suicidio. Se deben valorar los antecedentes personales y familiares psiquiátricos (existe una considerable vulnerabilidad genética en los trastornos afectivos) así como la necesidad de realizar pruebas complementarias.

Las entrevistas estandarizadas, desarrolladas habitualmente con fines de investigación, son habitualmente demasiado extensas y requieren un alto nivel de adiestramiento. Pueden ser herramientas útiles para la práctica clínica los listados de síntomas derivados de la DSM-

IV o cuestionarios autoaplicados como el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) o el *Beck Depression Inventory for Youth* (BDI-Y).

Las recomendaciones de la guía NICE en la detección y manejo de los TD se estratifican en diferentes niveles, según los objetivos, la intervención y el nivel asistencial recomendado para el manejo del cuadro. Así, en Atención Primaria se plantea la detección de riesgo, el diagnóstico, criterios de derivación y la intervención en casos leves y distimia.

Según esta guía, los criterios de derivación a Atención Especializada serían los siguientes: 1) sintomatología depresiva concurrente con dos o más factores de riesgo de depresión; 2) sintomatología depresiva en paciente con antecedentes familiares de TD; y 3) depresión moderada y/o grave (con o sin síntomas psicóticos).

## Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Los síntomas del TD no son patognomónicos. El diagnóstico diferencial se debe hacer con la tristeza normal, enfermedades médicas, otros trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias.

- La tristeza normal hace referencia a un sentimiento de tristeza que

es proporcional al factor desencadenante o a los cambios de humor característicos de la adolescencia. En estos casos no se asocian a deterioro significativo del funcionamiento y no se cumplen los criterios CIE-10 y DSM-IV para el diagnóstico de TD.

- Enfermedades médicas como infecciones crónicas (mononucleosis), enfermedades autoinmunes, endocrinas (hipotiroidismo y diabetes mellitus), déficit nutricionales graves, enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple, epilepsia del lóbulo temporal y procesos tumorales). El uso de ciertos fármacos (estimulantes, anticonceptivos hormonales y corticoides) pueden favorecer la aparición de síntomas depresivos.
- Otros trastornos psiquiátricos, fundamentalmente los trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación, depresión bipolar y psicosis. El uso de sustancias puede dar sintomatología depresiva tanto en intoxicación aguda, uso crónico y abstinencia.

## Tratamiento

**El tratamiento debe perseguir los siguientes objetivos: disminuir el impacto de los síntomas en el funcionamiento del niño,**

**acortar la duración del episodio y reducir el riesgo de recaídas y de comorbilidad. Comprende intervenciones psicoterapéuticas, sociofamiliares y farmacológicas.**

La elección del tipo de tratamiento ha de basarse en una adecuada valoración de la severidad y cronicidad de los síntomas, relación con conflictiva familiar y/o acontecimientos vitales adversos, la respuesta previa a tratamientos, adherencia y motivación familiar a la intervención. Se debe prestar atención al tratamiento de las comorbilidades, sobre todo el consumo de sustancias, ya que puede mediar como potenciador de los síntomas e incrementa el riesgo de suicidio. Se ha demostrado que el no tratar los síntomas ansiosos es un factor de riesgo que predice una peor respuesta al tratamiento antidepressivo. Debe ser prioritaria la intervención precoz sobre los factores sociales y ambientales que actúan como precipitantes o mantenedores del episodio. Se debe implicar al paciente y a la familia en la elaboración del plan de tratamiento, que debe ser individualizado. Es fundamental iniciar dicha intervención con una adecuada psicoeducación que incluya la explicación de los síntomas y sus causas, el pronóstico, las diferentes opciones terapéuticas, efectos secundarios y riesgo de no seguir el tratamiento.

En primer lugar, el clínico debería valorar una serie de aspectos a la hora de decidir si será o no preciso un tratamiento en régimen de hospitalización. Entre los factores que apoyarían esta medida se incluirían: casos en los que exista elevado riesgo de auto o heteroagresión, ausencia de apoyo y supervisión social, no colaboración con el tratamiento, presencia de síntomas psicóticos, estresores ambientales graves e inevitables y deterioro importante del funcionamiento global. La mayoría de los niños con TD pueden seguir un tratamiento ambulatorio.

En la actualidad no existen suficientes datos científicos para poder protocolizar adecuadamente el tratamiento de los TD. Existen diferencias entre las dos guías de más relevancia, la publicada por la *American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* (AACAP) y por el *National Collaborating Centre for Mental Health* (NICE) en cuanto a las recomendaciones de las intervenciones. En general, la psicoterapia en monoterapia

está indicada en casos de depresión leve y sin comorbilidad psiquiátrica, aunque la guía NICE plantea la psicoterapia como tratamiento de primera elección y en monoterapia en todos los casos, incluso en trastornos depresivos de intensidad moderada o grave. En estos últimos, la recomendación sería añadir antidepressivos solo en el caso de que exista una falta de respuesta o respuesta parcial tras tres meses de intervención. En cualquier caso, los datos de la literatura no son concluyentes; el conocido meta-análisis<sup>(9)</sup> de Weisz encuentra que la psicoterapia en monoterapia en el tratamiento de TD en niños y adolescentes es eficaz, pero con un tamaño de efecto moderado (TE 0,34). Las conclusiones del estudio TADS (*Treatment of Adolescent Depression Study*)<sup>(10)</sup>, sin embargo, apoyan que la psicoterapia combinada con psicofármacos, comparada con un tratamiento psicofarmacológico en monoterapia, no supone un beneficio adicional en el tratamiento de síntomas depresivos, suicidabilidad y funcionalidad en adolescentes con TD.

Las opciones psicoterapéuticas más utilizadas son la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal. La terapia cognitivo conductual se basa en la premisa de que los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en el modo en que se ven a ellos mismos, su entorno y su futuro, y en que esta manera de pensar contribuye a su depresión. Los programas cognitivos conductuales incluyen, por una parte, el análisis cognitivo, con el reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta y el cambio de atribuciones cognitivas negativas. Por otra parte, incluyen la intervención conductual centrada en el entrenamiento en habilidades sociales, la ayuda en resolución de problemas y la activación conductual. La mayoría de estudios han encontrado una tasa alta de recaídas en el seguimiento cuando se aplica como única modalidad terapéutica. La terapia interpersonal es un modelo de terapia breve que se centra en las relaciones sociales del paciente y el estado actual de las mismas. Los principales objetivos son disminuir la sintomatología y mejorar el funcionamiento interpersonal en el contexto de las interacciones.

Las opciones farmacológicas comprenden fármacos antidepressivos. Los in-

hibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepressivos más utilizados por su eficacia, tolerancia y seguridad. En los protocolos clínicos publicados por la AEPNYA<sup>(11)</sup> (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente) se recomienda, como antidepressivo de primera elección la fluoxetina (único ISRS con indicación aprobada en depresión infantil y adolescente por la FDA), aunque diversos estudios han demostrado la eficacia de otros ISRS como la sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram). Hay datos suficientes para afirmar que los antidepressivos tricíclicos no son útiles en el tratamiento de los TD en niños y adolescentes.

Los ISRS tienen una acción altamente selectiva sobre los receptores serotoninérgicos y apenas ejercen acción sobre otros receptores (adrenérgicos, colinérgicos, histaminérgicos) por lo que tienen un bajo perfil de efectos secundarios, que son leves y transitorios y aparecen durante las primeras semanas del tratamiento. Los más frecuentes son: molestias gastrointestinales inespecíficas, cefalea, alteraciones en el sueño y diaforesis. Aproximadamente el 3-8% presentan un aumento de la impulsividad, agitación psicomotriz, acatisia, activación conductual e irritabilidad. Estos casos se han relacionado con inicios rápidos y dosis elevadas de fármaco, por lo que resulta muy importante iniciar con dosis bajas y monitorizar estrechamente al paciente con cada ajuste de dosis. Los ISRS tienen una curva dosis-respuesta aplanada, es decir, que la respuesta clínica máxima puede conseguirse con dosis bajas del fármaco.

Las recomendaciones generales, en cuanto a dosis, para el inicio de tratamiento con fluoxetina en niños y adolescente, son las siguientes: dosis de inicio 10-20 mg/día, incrementos 10-20 mg/10-15 días, dosis efectiva inicial 20 mg y dosis máxima 60 mg/día.

En 1990, la FDA (*Food and Drug Administration*) advirtió de un aumento del riesgo de suicidio en jóvenes en tratamiento con ISRS. Estudios posteriores no apoyaron esta alerta y el consenso entre la mayoría de expertos es que la ideación suicida es un síntoma frecuente en varios trastornos psiquiátricos y que la prevalencia de ideación suicida en estos pacientes no se ve incrementada por el tratamiento con ISRS.

Dada la elevada tasa de recidivas (40-60%), se recomienda la terapia de continuación para todos los pacientes durante 6-12 meses, en la misma dosis que se precisó para tratar la fase aguda del episodio depresivo. Las causas de recaídas se relacionan con el curso de la enfermedad, falta de cumplimiento del tratamiento, presencia de eventos vitales negativos y disminución excesivamente rápida del tratamiento farmacológico.

## Prevención

**Indudablemente, la depresión es un trastorno que puede afectar de un modo importante el funcionamiento de la vida de un niño generando importantes repercusiones. La prevención, por tanto, es fundamental. Podemos actuar preventivamente a tres niveles:**

1. Reconociendo los factores de riesgo, como la existencia de antecedentes de trastornos afectivos en los padres o hermanos, la adversidad social, traumas en la infancia...
2. Promoviendo relaciones estables desde los primeros años y fomentando la autoestima, así como las mejores condiciones para el desarrollo emocional y cognitivo de los niños.
3. Aumentando la capacidad de detección precoz una vez que se ha iniciado el episodio depresivo. En este contexto la formación de los pediatras es básica para que sean capaces de identificar sus síntomas.

## Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(11): 1503-26.
2. Robinson J, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45: 3-26.
3. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med*. 1998; 28(1): 51-61.
4. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998; 18(7): 765-94.
- 5.\*\*\* Birmaher B, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 year. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35(11): 1427-39.
6. Pfeffer TA, et al. Suicidal children grown up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicidal attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30: 609-16.
- 7.\*\* Zalsman G, et al. Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview: epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006; 15(4): 827-41.
8. Royo J. Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Anales Sis San Navarra*. 2002; 25(Supl. 3): 97-103.
9. Weisz JR, et al. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006; 132(1): 132-49.
- 10.\*\*\* Treatment of Adolescent Depression Study (TADS) Team, 2004. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004; 292: 807-20.
11. Soutullo C, Mardomingo MJ. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Madrid: Panamericana; 2010. p. 145-66.

## Bibliografía recomendada

- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, Cognitive-Behavioral therapy, and their combination for adolescent with depression. Treatment for Adolescent with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004; 292: 807-20.
- El estudio TADS, publicado en el año 2004 es un ensayo clínico controlado con placebo, en el que se comparan las diferentes opciones terapéuticas que habían demostrado mayor eficacia (la terapia cognitivo-conductual, la fluoxetina y la combinación de ambas).
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avaliat); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avaliat N° 2007/09.
- Esta guía, publicada en el año 2009, realiza una revisión detallada de la evidencia científica de la que se dispone hasta el momento para cada una de las opciones terapéuticas, con descripción de gran número de estudios, y unas recomendaciones prácticas para el tratamiento basadas en los resultados de éstos.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>
- Excelente guía publicada en el año 2005 con recomendaciones ajustadas a los niveles de evidencia científica tanto en la identificación como en el manejo de los trastornos depresivos en la infancia.

## Caso clínico

Niño de 10 años de edad que acude al Centro de Salud Mental (CSM) derivado por su pediatra. En mayo de 2004, el niño comenzó a evitar ir al colegio (3º de Educación Primaria). Inicialmente el niño refería dolores abdominales, pero una posterior entrevista evidenció que tenía miedo de que le pudiera pasar algo malo a su madre y por esta razón prefería estar cerca de su madre en casa. Refería, asimismo, cansancio e irritabilidad. En el colegio, notaron asimismo estos cambios y lo encontraban además con mayor tendencia al aislamiento, menor capacidad de concentración y facilidad para llorar. Comía menos y perdió peso. Su rendimiento escolar empeoró. A su profesora también le llamaba la atención que hacía comentarios autodespectivos, e incluso, en una

ocasión se pegó un papel en la frente que decía "soy tonto". Su pediatra solicitó una analítica completa, incluidas hormonas tiroideas, que resultó normal.

Por lo que se refiere a su familia, se trata de una familia funcional con pautas educativas adecuadas. Tiene dos hermanos, uno de los cuales tiene diagnosticado un TDAH con buena respuesta farmacológica. Entre los antecedentes familiares destaca un tío y un primo, por línea materna, que presentan una psicosis esquizofrénica y un trastorno bipolar, respectivamente.

En lo que se refiere a la historia personal del niño, tanto el parto como el neurodesarrollo fue normal. Su capacidad intelectual ha sido informada como normal. No hay antecedentes personales médicos de interés.