

DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA

Antonio Pelaz Antolín: Psiquiatra. Hospital Clínico San Carlos. Centro CADAPA. Madrid. España.

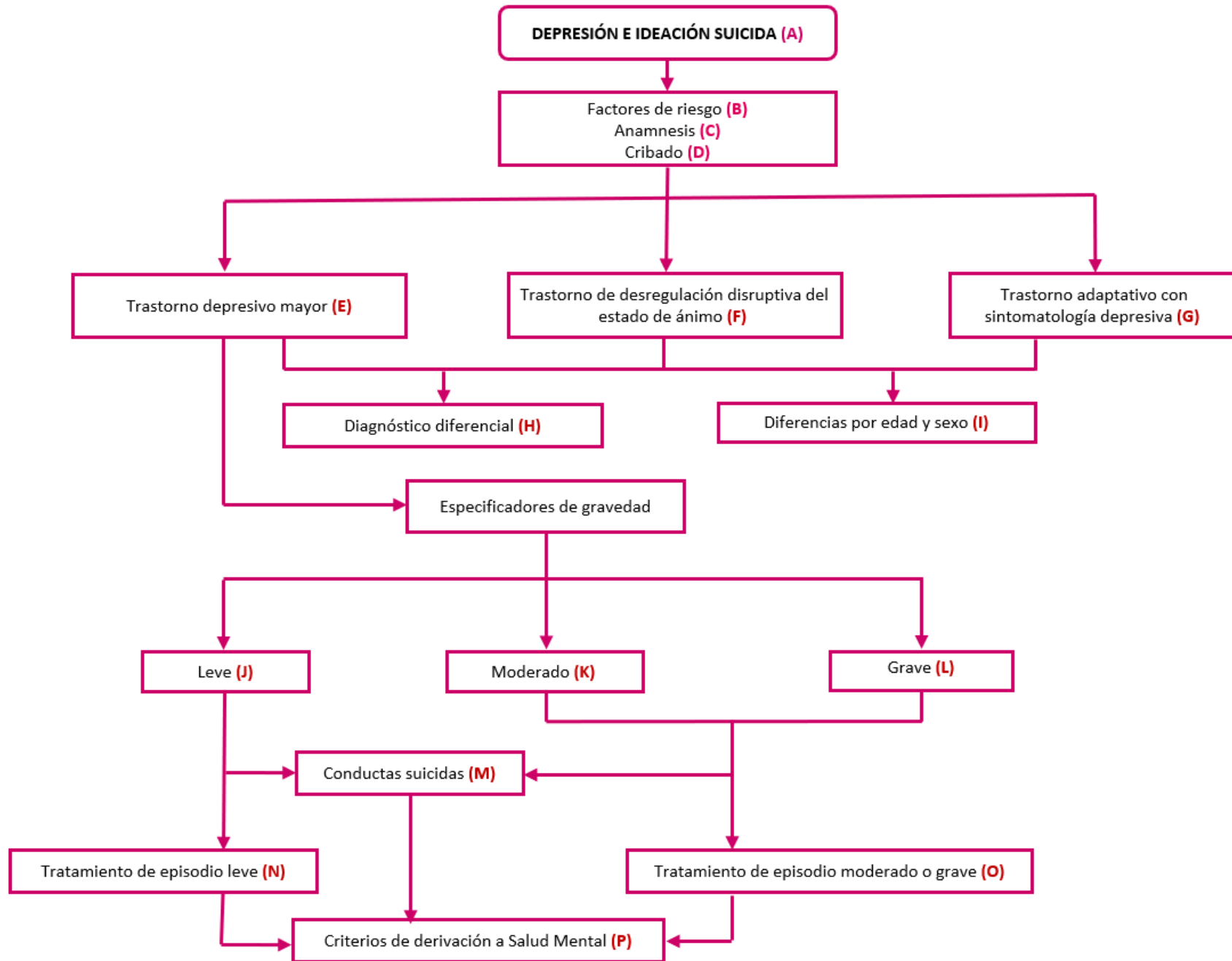
Correo electrónico: apelaz@gmail.com

Palabras clave: Depresión. Suicidio. Cribado. Tratamiento.

Key words: Depression. Suicide. Screening. Treatment.

Sección: Salud mental y conducta.

Cómo citar este algoritmo: Pelaz Antolín A. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Depresión e ideación suicida [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/92/>



A. DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA

La Organización Mundial de la Salud calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión¹. En menores de 12 años es más frecuente en varones y en la pubertad es más frecuente en mujeres².

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto negativo sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales, y es, además, uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes³. En España, el Instituto Nacional de Estadística ha publicado que durante el año 2020 se suicidaron 14 menores de 15 años y 300 personas de entre 15 y 29 años⁴, siendo una de las principales causas de muerte entre los adolescentes.

El inicio temprano se asocia con mayor tasa de recurrencia, mayor comorbilidad psiquiátrica y mayor continuidad en la vida adulta⁵.

B. FACTORES DE RIESGO^{2,5,6}

1. Individuales:

- Episodios depresivos previos.
- Sobrepeso.
- Pubertad precoz.
- Enfermedades médicas crónicas.
- Trastornos del neurodesarrollo.
- Problemas académicos.
- Discapacidad.
- Acontecimientos vitales negativos.

- Estilo cognitivo caracterizado por visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro.
- Consumo de sustancias.

2. Familiares:

- Antecedentes familiares de trastorno mental.
- Familias disruptivas.
- Violencia familiar.
- Estilos parentales punitivos o, todo lo contrario, laxos.
- Eventos familiares estresantes como separación/divorcio, enfermedades o muertes.

3. Sociales:

- Haber sufrido acoso.
- Ser un acosador.
- Ausencia de relación con iguales.
- Disputas frecuentes con iguales.
- Uso excesivo de pantallas.

4. Grupos vulnerables:

- Menores adoptados.
- Menores institucionalizados.

- Minorías sexuales.
- Víctimas de desastres humanitarios.
- Inmigrantes.

C. ANAMNESIS⁵

En la anamnesis encontraremos los siguientes hallazgos:

- Ánimo deprimido que puede aparecer como irritabilidad, arrebatos de ira, rabietas, estar malhumorado o infeliz.
- Anhedonia: falta de interés en actividades habituales (colegio, amigos, juego, familia, deportes, etc.) o expresado en forma de queja de aburrimiento.
- Síntomas somáticos, como dolor abdominal, cefalea, cansancio, etc.
- Alteración del sueño y del apetito: en ambos casos puede ser por defecto o por exceso.
- Dificultades de atención y concentración.
- Enlentecimiento psicomotriz.
- Sentimientos de culpa, miedo a que sucedan cosas malas, a ser mala persona, odiarse a sí mismo, pensar que nadie los quiere o comentarios negativos sobre ellos mismos.
- Pensamientos o verbalizaciones sobre la muerte o sobre querer suicidarse.
- Aislamiento social, deterioro en las relaciones con familiares y amigos, actividades reducidas, disminución del rendimiento académico.

D. CRIBADO

En una consulta de Atención Primaria puede resultar de interés disponer de unos cuestionarios rápidos y fiables que permitan afinar la sospecha de un trastorno depresivo.

1. Cuestionario PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire*)^{7,8}

El PHQ-2 es un cuestionario para adolescentes que consta de dos preguntas:

- Poco interés o placer en hacer cosas.
- Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.

Ambas preguntas se contestan en una escala de Likert de cuatro opciones: Ningún día (0 puntos); Varios días (1 punto); Más de la mitad de los días (2 puntos); Casi todos los días (3 puntos). El baremo es de 0 a 6 puntos y el punto de corte está en 3.

2. Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)⁹

Escala autoaplicable a niños de entre 7 y 17 años que consta de 27 ítems con 3 respuestas posibles, puntuadas de 0 a 2, de ausencia a mayor gravedad de los síntomas explorados. Las puntuaciones totales están entre 0 y 54; aunque no es un instrumento de diagnóstico, sino de gravedad del trastorno, Kovacs determina el valor 19 como el umbral que discrimina a los niños deprimidos.

E. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La principal sintomatología del trastorno depresivo mayor es el ánimo deprimido o triste y la ausencia de interés o placer por las actividades cotidianas, que pueden llegar a abandonar o rechazar (por ejemplo, asistir al colegio o jugar con iguales)¹⁰. En el caso de los niños, la tristeza puede estar presente en forma de irritabilidad, que en la infancia está claramente asociada con la depresión¹¹.

Además, pueden presentar cambios en el apetito, sueño o actividad motora, cansancio, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o incluso realizar intentos autolíticos. Pueden aparecer síntomas psicóticos en el 9% de los niños y 15% de los adolescentes, e indican mayor gravedad¹².

En los niños y adolescentes, cuando el trastorno tiene una duración superior a un año se considera el diagnóstico de trastorno depresivo persistente¹⁰.

F. TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO^{10,13}

El síntoma principal del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es la irritabilidad crónica, persistente y grave. Esta irritabilidad se manifiesta en forma de accesos de cólera (rabietas) frecuentes, verbales o conductuales, en respuesta a la frustración. Pueden suceder en casa y/o en el colegio y son desproporcionados para la edad del niño. El ánimo entre los accesos es persistentemente irritable o enfadado. La edad de aparición es entre los 6 y los 12 años, siendo más prevalente a los 10 años.

G. TRASTORNO ADAPTATIVO CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA¹⁴

La sintomatología depresiva aparece en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. En los niños pueden aparecer fenómenos regresivos, tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar.

H. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL^{10,12,15}

1. Trastorno bipolar, en el que la irritabilidad que aparece en los episodios maniacos es episódica y no crónica, como sucede en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en el trastorno depresivo mayor.

2. Enfermedades médicas cuyos síntomas pueden confundirse con depresión:

- Mononucleosis infecciosa.
- Enfermedades autoinmunes.
- Hipotiroidismo.
- Déficits nutricionales graves.
- Anemia.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades oncológicas (tumores del sistema nervioso central).

3. Consumo de sustancias, especialmente frecuente el cannabis.

4. Medicamentos que pueden favorecer la aparición de síntomas depresivos:

- Estimulantes.
- Anticonceptivos hormonales.
- Corticoides.

I. DIFERENCIAS POR EDAD Y SEXO¹⁵⁻¹⁷

En general, se puede decir que los varones presentan cuadros más graves, de inicio más precoz, con más trastornos de conducta y que tienen peor pronóstico; y las niñas tienen más trastornos ansiosos previos, el inicio es más tardío y tienen una mayor tendencia al aislamiento.

Por edades, también existen diferencias en cuanto a la expresión de la psicopatología:

- Humor deprimido observado en preescolares, generalmente irritable, verbalizado en otras edades.
- Pérdida de interés: ausencia de juego en los pequeños, abandono de actividades en los mayores.
- Falta de energía en forma de hipoactividad en los pequeños y cansancio excesivo en los mayores.
- Síntomas somáticos, trastornos de la eliminación y retraso en el crecimiento en los pequeños, melancolía y síntomas psicóticos en los mayores.
- Ansiedad de separación, fobias y trastornos de conducta en los pequeños y agitación e ideas autolíticas en los mayores.

J. LEVE¹⁴

Presencia de dos o tres síntomas con los que el paciente puede sentirse angustiado, pero puede continuar sin mucha interferencia con la mayoría de las actividades cotidianas (asistir al colegio y actividades extraescolares, estudiar y hacer los deberes, juego, deporte, acudir con amigos, etc.).

K. MODERADO¹⁴

Presencia de cuatro o más síntomas y que le generan grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias (asistir al colegio y extraescolares, estudiar y hacer los deberes, juego, deporte, acudir con amigos, etc.).

L. GRAVE¹⁴

Presencia de varios síntomas que son marcados y angustiantes, típicamente pérdida de autoestima e ideas de inutilidad o culpa. Los pensamientos y actos suicidas son comunes y, generalmente, están presentes varios síntomas "somáticos", en forma de alteración del apetito y/o de los patrones de sueño. Puede ocurrir con o sin sintomatología psicótica.

M. CONDUCTAS SUICIDAS^{15,18}

La conducta suicida puede entenderse como un *continuum*, que va desde ideas pasivas de muerte y desesperanza hasta la elaboración de un plan suicida estructurado y decidido.

Entre los factores de riesgo para las conductas suicidas están:

- Demográficos: varones, adolescencia, pertenencia a grupos minoritarios, colectivo LGTBI, inmigración.
- Clínicos: intentos autolíticos previos, episodios depresivos, alteraciones del sueño, problemas de salud física.
- Ambientales: haber sufrido abusos sexuales o malos tratos, ausencia de red de apoyo social, deterioro en la relación con los padres, efecto contagio, historia familiar de suicidio, problemas escolares o legales.
- Estado mental: ideas autolíticas estructuradas, intoxicaciones agudas, elevada ansiedad, elevada impulsividad, baja autoestima, escasos recursos de afrontamiento ante la adversidad.

En todos los casos de depresión, incluidos los episodios leves, hay que hacer una evaluación del riesgo suicida. Preguntar por conductas suicidas no incita a llevarlas a cabo; de hecho, el sentirse comprendido en el malestar puede aliviar al paciente que las presenta. El riesgo suicida se puede estimar como:

- Riesgo alto: si hay depresión grave, ideas delirantes, desesperanza, gran irritabilidad, clara intencionalidad, intentos previos de alta letalidad y baja rescatabilidad, intoxicaciones agudas, incapacidad para verificar o contradicciones en la información.
- Riesgo bajo: ausencia de ideas delirantes, verbalización de planes de futuro, ausencia de hostilidad, ausencia de planificación.

N. TRATAMIENTO DE EPISODIO LEVE³

En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/conductas autolíticas y comorbilidades psiquiátricas, se recomienda un periodo de observación y seguimiento de 2-4 semanas desde Atención Primaria, durante el cual se puede proporcionar apoyo activo al paciente y su familia, facilitando pautas de hábitos de vida saludable, psicoeducativas o de manejo de situaciones familiares, sociales y escolares.

O. TRATAMIENTO DE EPISODIO MODERADO O GRAVE³

El tratamiento recomendado para un episodio moderado-grave es el tratamiento combinado: psicoterapia más psicofarmacología.

Las psicoterapias más aceptadas son la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.

El fármaco de primera elección en niños y niñas mayores de 8 años es la fluoxetina; aunque, según el criterio clínico y el perfil del paciente (fundamentalmente, características clínicas de la depresión, comorbilidades, historia familiar e historia previa de respuesta o fracaso a fármacos), se podría elegir otro ISRS (sertralina, escitalopram o citalopram).

Se recomienda vigilancia de la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico.

P. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL³

Se recomienda derivar a los servicios de Salud Mental los siguientes casos:

- Episodio depresivo leve que no mejora tras el periodo de observación y seguimiento de 2-4 semanas.
- Episodios moderados y graves.
- Presencia de ideas o intentos autolíticos.
- Presencia de autolesiones.
- Comorbilidades.
- Presencia de varios factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud mental del adolescente. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 12/08/2022]. Disponible en www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
2. Selph SS, McDonagh MS. Depression in children and adolescents: evaluation and treatment. [Am Fam Physician. 2019;100:609-17.](#)
3. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS [en línea] [consultado el 12/08/2022]. Disponible en https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
4. Defunciones por suicidios; resultados nacionales. Suicidios por edad y sexo. En: Instituto Nacional de Estadística [en línea] [consultado el 12/08/2022]. Disponible en <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=49948&L=0>
5. Charles J, Fazeli M. Depression in children. [Aust Fam Physician. 2017;46:901-7.](#)
6. Gallego Iborra A, García Aguado J, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, San Miguel Muñoz MJ, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, *et al.* Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). [Rev Pediatr Aten Primaria. 2020;22:195-206.](#)
7. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. [Med Care. 2003;41:1284-92.](#)
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. [Gen Hosp Psychiatry. 2010;32:345-59.](#)
9. Kovacs M. Children's Depression Inventory. CDI. Manual. Toronto, Ontario, Canada: Multihealth Systems, Inc.; 1992.
10. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
11. Vidal-Ribas P, Stringaris A. How and why are irritability and depression linked? [Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2021;30\(2\):401-14.](#)

12. Soutullo C, Collins B. Depresión mayor en niños y adolescentes. [Pediatr Integral. 2022;XXVI:83.e1-16.](#)
13. Zepf FD, Biskup CS, Holtmann M, Runions K. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (Matías Irarrázaval & Andres Martin, eds. Fernanda Prieto Tagle, Irma Isasa, traducción). En: Rey JM (ed.). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines; 2017 [en línea] [consultado el 12/08/2022]. Disponible en https://iacapap.org/_Resources/Persistent/0e60f79fd03d364ba83896efde6fcc74c0133ee7/E.3-Disruptive-mood-dis-SPANISH-2017.pdf
14. Trastornos mentales y del comportamiento. En: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Ginebra: OMS; 1996 [en línea] [consultado el 10/10/2022]. Disponible en <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
15. Baltasar I, Moreno C, Sánchez J. Depresión. En: Lázaro ML, Moreno DM, Rubio B (eds.). Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 257-72.
16. López C, Alcántara MV, Fernández V, Castro M, López JA. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). [An Psicol. 2010;26:325-34.](#)
17. Martínez-Martín N. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. [An Pediatr Contin. 2014;12:294-9.](#)
18. Gadea S, Carballo JJ. Conducta suicida y suicidio. En: Lázaro ML, Moreno DM, Rubio B (eds.). Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 452-61.