



# IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE

Carpeta para prestadores del servicio de  
salud de primer contacto



**Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health**  
[www.TeenMentalHealth.org](http://www.TeenMentalHealth.org)

# IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE (TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR)

*Carpeta para prestadores del servicio de salud de primer contacto*

---

## CREADO POR:

**Dr. Stan Kutcher, MD, FRCPC**, Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health & Director, WHO Collaborating Center, Dalhousie University, (Halifax, NS)

**Dr. Sonia Chehil, MD** Assistant Professor in Psychiatry, Dalhousie University, (Halifax, NS)

**Dr. Iliana García-Ortega MD**, Research Associate, Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health, IWK Health Centre, Dalhousie University, (Halifax, NS)

## REVISORES:

**Lisa Bonang, MD, CCFP, FCFP**, General Practitioner (Musquodoboit Harbour, NS)

**Jane Brooks, MD, PhD, CCFP**, General Practitioner (Middleton, NS)

**Heather Brown, MD**, Lecturer, University of Manitoba, General Practitioner, Manitoba Adolescent Treatment Centre (MATC), (Winnipeg, MB)

**Carlo G. Carandang, MD, ABPN (Dip.)**, Assistant Professor, Division of Child and Adolescent Psychiatry Dalhousie University (Halifax, NS)

**Amy Cheung, MSc, MD, FRCP** Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, (Toronto, ON)

**Rhonda L. Church, MD, FRFP**, Gateway Family Practice (Bridgewater, NS) & Staff Physician, South Shore Regional Hospital, (Bridgewater, NS)

**Carl Fournier MD**, Family physician, Clinical Associate professor University of Montreal, Notre-Dame hospital of CHUM (Montreal, QC)

**Jane Garland, MD, FRCPC**, Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of

---

British Columbia, Clinical Head, Mood and Anxiety Disorders Clinic, British Columbia's Children's Hospital, (Vancouver, BC)

**Bianca Horner, MD, FRFP**, Fellow College of Family Physicians, Assistant Professor, Dalhousie University Department of Psychiatry, (Halifax, NS)

**John C. LeBlanc, MD, MSc, FRCPC**, Associate Professor Pediatrics, Psychiatry, Community Health and Epidemiology, Dalhousie University (Halifax, NS)

**Andrea Murphy, BSc Pharm, ACPR, PharmD**, Research Associate, Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health; Assistant Professor, School of Nursing, Dalhousie University, (Halifax, NS)

**Diane Sacks, MD, FRCPC(C), FAAP**, Assistant Professor of Pediatrics, University of Toronto, (Toronto, ON)

**Margaret Steele, MD, FRCPC**, Professor, Department of Psychiatry, Schulich School of Medicine and Dentistry, University of Western Ontario, (London, ON)

**Neal C. Stretch, BSc, MSc, MD, CCFP, FCFP** Rural Family Physician, Assistant Professor, Dept. of Family Medicine, University of Ottawa (Ottawa, ON)

**Carolyn Thomson, MD, CCFP, FCFP**, Chief, Dept. of Family Medicine, IWK Health Centre (Halifax, NS)

**Suzanne Zinck, MD, FRCPC**, Assistant Professor, Dalhousie University Department of Psychiatry, (Halifax, NS)

## **TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y ADAPTACIÓN:**

**Dra. Iliana García-Ortega MD**, Psiquiatra, Investigadora adjunta Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health, IWK Health Center, Dalhousie University, (Halifax, NS)

## **REVISORES DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL:**

**Dr. Rodrigo Arnez – Rojas, MD**, Psiquiatra, La Paz, Bolivia

**Dra. María Luisa Hincapié, MD**, Psiquiatra infantil y del adolescente, Ciudad de Panamá

**Dr. Frank Medina-Mendoza, MD**, Pediatra, Jefe de Docencia e Investigación – Jefe de Pediatría y Neonatología – Hospital Aquilino Tejeira – Penonomé, Panamá

**Nadezda Berjon-Molinarés**, Psicóloga, Psicoterapeuta, Ciudad de México, México.

## **RECONOCIMIENTO:**

**David Venn, Christina Carew y Dr. Iliana García-Ortega** por su colaboración en la asistencia técnica y coordinación del proyecto.

©Este material se encuentra bajo derechos de autor. Este material no puede ser alterado, modificado o ser sujeto a venta. El material puede ser utilizado por los jóvenes y sus padres para los propósitos necesarios. El material puede ser utilizado por los proveedores de salud con fines clínicos. El material puede ser utilizado para fines educativos o similares. El uso de este material, completo o parcial, para un fin diferente de los indicados anteriormente, requiere la obtención de un permiso escrito por parte del autor. Dr. Stan Kutcher. (skutcher@dal.ca)

# INTRODUCCIÓN

*Este documento tiene como finalidad el proporcionar al personal de salud una visión general de la depresión mayor en el adolescente y proveerle la información necesaria para que pueda identificar y tratar de manera efectiva, y con resultados clínicamente relevantes, la depresión mayor en jóvenes.*

El documento se divide en dos partes:

**1** Información general para ayudar al proveedor de salud de primer contacto a comprender aspectos relevantes sobre la identificación, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo mayor en los adolescentes.

**2** Un conjunto de instrumentos diagnósticos y otros recursos útiles para la valoración y seguimiento del trastorno depresivo mayor en el adolescente.

En este módulo encontrará palabras en color azul. Al dar clic en éstas, tendrá acceso al vínculo interno o externo que le brindará mayor información sobre el tema.

Este programa ofrece al proveedor de salud un marco teórico comprensivo y secuencial para poder tratar la depresión en el adolescente. Cada proveedor del servicio de salud podrá extraer de este módulo aquellos componentes que mejor se ajusten a su práctica clínica y personalizar el tipo de intervención y tratamiento adecuados para cada joven con depresión.

Las herramientas que se incluyen en este documento también pueden ser utilizadas por los otros integrantes del equipo de salud,

bajo la supervisión del líder del grupo, para llevar a cabo un mejor monitoreo del adolescente en forma continua.

Los proveedores del servicio de salud de atención primaria pueden proporcionar un tratamiento efectivo para la depresión en el adolescente, siguiendo los siguientes pasos:

- 1** Identificar al joven con riesgo de presentar Depresión Mayor.
- 2** Emplear métodos útiles de evaluación y diagnóstico para la Depresión Mayor.
- 3** Utilizar la Plantilla de Tratamiento.
- 4** Evaluar el riesgo suicida.
- 5** Identificar señales de alerta y referencia médica.

## DATOS BREVES SOBRE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

---

- 1** La adolescencia se considera desde el inicio de la pubertad, aproximadamente a los 13 años, hasta los 25 años.
- 2** El trastorno depresivo mayor (TDM) afecta al 6-8% de los adolescentes a nivel mundial.
- 3** La mayoría de las personas que desarrollan un trastorno de depresión mayor presentan el primer episodio entre los 14 y 24 años de edad.
- 4** La presencia del trastorno depresivo mayor en jóvenes generalmente tiene una evolución clínica de curso crónico, afectando de manera significativa diferentes aspectos de la vida como ser los: económicos/vocacionales/interpersonales, además de también incrementar la morbilidad y mortalidad debido a enfermedades crónicas como la diabetes, los problemas cardíacos y el suicidio.
- 5** El tratamiento de la depresión puede ser proporcionado de manera efectiva por personal de salud en el nivel primario de atención.
- 6** La identificación y tratamiento tempranos pueden disminuir la morbilidad a corto y largo plazo, (incluyendo el descenso en la mortalidad).

## PASO 1. IDENTIFICACIÓN DEL JOVEN CON RIESGO DE DEPRESIÓN MAYOR

---

La evaluación clínica de depresión en el adolescente se puede llevar a cabo de manera efectiva en el primer nivel de atención. El personal de salud de atención primaria es con frecuencia el primer contacto por parte de padres o maestros preocupados por el o la joven. El personal de salud de atención primaria se encuentra en una posición ideal para identificar, diagnosticar, tratar y monitorear al joven con depresión ya que con frecuencia conoce bien al joven, a la familia y entiende el contexto cultural. El llevar a cabo una identificación e intervenir de manera temprana es importante, ya que el diagnóstico y tratamiento de manera temprana puede reducir la morbilidad a causa de enfermedades crónicas asociadas a la depresión así como disminuir la mortalidad a causa del suicidio.

Con una breve evaluación clínica el proveedor de salud podrá decidir, si el joven tiene una probable depresión y requiere mayor estudio.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y FAMILIARES

- 1** ¿Existen antecedentes de enfermedad mental (incluyendo abuso y dependencia de alcohol y/o otras sustancias) en la familia del joven?
- 2** ¿Existen antecedentes de suicidio en la familia del joven?
- 3** ¿El o la joven ha sido diagnosticado previamente con diagnóstico de trastorno del aprendizaje, trastorno de déficit de atención o trastorno de conducta?

4 ¿El o la joven han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad durante la infancia?

**NOTA** El que exista un antecedente familiar o personal de enfermedad mental, pone al joven en mayor riesgo de padecer depresión.

### SITUACIÓN ACTUAL

1 ¿Durante las últimas semanas el o la joven se han sentido decaído o con el ánimo bajo o irritable la mayor parte del tiempo?

2 ¿Durante las últimas semanas el o la joven han dejado de sentir interés o hacer cosas que antes disfrutaban?

3 ¿Durante las últimas semanas el paciente, algún familiar o un amigo han notado cambios en la conducta o en el desempeño académico?

4 ¿Durante las últimas semanas ha notado cambios en su apetito o en su patrón de sueño?

5 ¿Está pasando algo en la vida del joven que este provocando estos síntomas?

**NOTA** Los anteriores son datos de depresión, si él o la joven respondió si a alguna de las anteriores preguntas, se recomienda continuar la evaluación para depresión.

### TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO PARA TDM

Riesgo significativo y bien establecido	Riesgo menos claro	Identificadores “Grupales” (no implican TDM pero pueden indicar factores relacionados con el desarrollo de TDM)
1 Antecedentes familiares de TDM.	1 Trastorno por déficit de atención iniciado en la infancia.	1 Fracaso escolar.
2 Antecedentes familiares de suicidio.	2 Abuso de sustancias.	2 Homosexualidad, bisexualidad, transexualismo.
3 Antecedentes familiares de trastornos mentales (principalmente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos por abuso de sustancias).	3 Factores estresantes agudos y continuos durante la niñez (abuso sexual, abuso físico, descuido).	3 Bullying (víctima o victi-mario).
4 Trastorno de ansiedad de inicio en la infancia.	4 Trauma craneoencefálico.	

---

## **¿QUÉ HACER CUANDO IDENTIFICÓ A UN JOVEN CON RIESGO ELEVADO PARA DEPRESIÓN?**

### **BRINDE EDUCACIÓN ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO.**

El trastorno depresivo mayor puede prevenirse, pero una vez que está presente lo mejor es diagnosticarlo y tratarlo lo antes posible. Es recomendable no ignorar los síntomas e investigar si el problema se puede deber a la presencia de un TDM. Los proveedores de salud que atienden a familias deben educar a los padres sobre los riesgos potenciales para sus hijos cuando estos presentan TDM.

Todos los miembros de la familia, incluyendo los menores, deben estar conscientes de la tendencia familiar a ciertas enfermedades mentales de la misma forma en que se les concientiza sobre antecedentes familiares de enfermedades cardíacas, cáncer de mama, etc. Haga clic aquí para acceder a fuentes informativas sobre la depresión juvenil para padres de familia.

### **OBTENGA Y REGISTRE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS MENTALES.**

Dentro de la obtención rutinaria de la historia familiar, los proveedores de servicios de la salud deben registrar los antecedentes familiares de posibles trastornos mentales (incluso el abuso de sustancias) y la intervención realizada (tipo y resultados).

### **¿CUÁNDO DEBE REALIZAR UNA EVALUACIÓN CLÍNICA?**

Si el joven expresa sentirse constantemente triste, deprimido, desesperanzado, aburrido, poco feliz o irritable; y estos síntomas han estado presentes durante más de dos semanas,

debe realizarse una evaluación clínica urgente. Así mismo, la presencia de ideación y planeación suicida o eventos de auto lesión, deben activar la intervención clínica de emergencia.

### **REALICE UNA EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL.**

Pueden llevarse a cabo consultas de 15 minutos cada 3 a 6 meses mientras el joven es evaluado para Trastorno Depresivo Mayor. Para este fin se recomienda la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (EDAK), descrita más adelante.

Una técnica muy útil es pedir al chico o a sus padres que traigan sus boletines escolares a la consulta, el observar un descenso en las calificaciones, así como ausencias o retrasos constantes, pueden proporcionar datos indirectos de un problema de salud mental.

### **CONFIDENCIALIDAD**

Al educar sobre depresión también debe incluirse aspectos referidos a la confidencialidad, tanto para el joven como para sus padres. Esta información logrará que el joven se sienta más familiarizado con el servicio de salud y facilitara la comunicación con el personal de salud; en cuanto a los padres, el saber qué esperar respecto a la información concerniente a su hijo les permitirá sentirse más tranquilos y satisfechos con el tratamiento.

## PASO 2. MÉTODOS ÚTILES PARA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

---

Los jóvenes no suelen llegar a los servicios de salud por problemas relacionados principalmente a su bienestar mental, por lo cual se debe llevar a cabo una evaluación en todos aquellos adolescentes, considerados o no, como de alto riesgo. Las visitas relacionadas a temas de salud sexual y anticoncepción proveen una excelente oportunidad para llevar a cabo la evaluación sobre depresión.

Se puede utilizar una sencilla prueba de auto-evaluación, como la Escala de Depresión Adolescente Kutcher (6-ítem Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher: 6-EDAK), la cual posee buena sensibilidad y especificidad, se encuentra traducida a varios idiomas y

cuya utilización ha sido recomendada tanto en las guías NICE como GLAD-PC. Puede ser llenada por el joven antes de ingresar a la consulta con el proveedor de salud para luego comentar los resultados con este durante la entrevista.

La 6-EDAK está disponible en el vínculo marcado arriba así como en el paquete de herramientas que se encuentra más adelante.

Cuando la escala 6-EDAK es utilizada por vez primera, el clínico debe asegurarse de que el joven comprenda el propósito y procedimiento de dicho instrumento así como hacerle conocer y explicar los resultados.

*La 6-edak puede ser utilizada por médicos: Los médicos que deseen usar la kads pueden hacerlo libre de costo y siguiendo las instrucciones que la acompañan. Quienes deseen entrenarse en el uso de la kads, así como en el instrumento que mide el riesgo suicida adolescente, pueden contactar a la oficina de su life financial chair in adolescent mental health al teléfono +1 (902) 470-6598.*

### DIAGNÓSTICO DE TDM EN LA ADOLESCENCIA

El estado de ánimo de los adolescentes puede fluctuar rápidamente y en gran medida ser influenciados por el ambiente por lo cual es importante distinguir entre trastorno depresivo y malestar depresivo. El primero es de mayor

duración (en ocasiones llega a durar varios meses) y requiere de intervención clínica. El segundo es de menor duración (pocas semanas o días) y se soluciona de manera espontánea o se modifica a través de cierto apoyo social o tras pequeños cambios externos. El diagnóstico del TDM se hace utilizando los criterios del DSM IV-TR.

---

## MALESTAR

Se relaciona con un evento desencadenante.

La funcionalidad no es afectada en forma significativa.

Es pasajero y se aminora con cambios en el ambiente o una vez que pasa el estresor.

No requiere de una intervención profesional.

Puede ser un factor importante en la vida; la persona aprende nuevos modos para enfrentar la adversidad.

Los apoyos sociales como la amistad y las redes familiares son útiles.

Las intervenciones psicológicas pueden ser de utilidad.

Normalmente no se requiere la utilización de medicamentos.

## TRASTORNO

Puede relacionarse o no con un evento desencadenante, generalmente se presenta espontáneamente.

Afecta la funcionalidad de forma moderada a grave.

Suele durar más o ser de curso crónico, y el ambiente puede modificarlo pero no aminorarlo.

Se requiere una valoración (diagnóstico sindromal: DSM-IV-TR\*/CIE-10\*).

Se requiere intervención profesional.

Puede aumentar las adversidades debido a su impacto en crear eventos vitales negativos (por ejemplo, el ánimo decaído puede llevar a pérdida de la pareja).

Puede llevar a conductas negativas a largo plazo (adicciones, desempleo, etc.)

Los apoyos sociales e intervenciones psicológicas específicas pueden ser de utilidad.

Puede requerirse el uso de fármacos pero estos deben ser administrados correctamente.

DSM- Manual Estadístico y de Diagnóstico (Diagnostic and Statistical Manual). CIE – Clasificación Internacional de las Enfermedades.

---

## DIAGNÓSTICO DE TDM EN ADOLESCENTES UTILIZANDO LA EDAK

La EDAK es un instrumento auto-aplicable que puede ser muy útil en el diagnóstico y monitoreo de la depresión en gente joven. La información sobre cómo calificar 6-EDAK se encuentran junto con el mismo instrumento.

Cuando el puntaje de 6-EDAK es igual o mayor a 6, debe sospecharse un TDM. Un puntaje alto en la EDAK (6+) no implica la certeza de que exista depresión clínica; pero sugiere un posible diagnóstico. El puntaje obtenido puede utilizarse como guía en las entrevistas posteriores.

## 6-ITEM

### ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE KUTCHER: EDAK

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

#### EN LA ÚLTIMA SEMANA COMO TE HAS SENTIDO EN PROMEDIO CON RESPECTO A LO SIGUIENTE:

1. ¿Has tenido el ánimo bajo, te has sentido triste, decaído, deprimido o irritable?

Casi nunca       A veces       Casi todo el tiempo       Todo el tiempo

2. ¿Has sentido que vales poco, sin esperanza, que desilusionas a las personas o que no eres una buena persona?

Casi nunca       A veces       Casi todo el tiempo       Todo el tiempo

3. ¿Te sientes cansado, fatigado, con poco energía, sin motivación, te cuesta trabajo hacer las cosas, quisieras descansar o dormir más de lo habitual?

Casi nunca       A veces       Casi todo el tiempo       Todo el tiempo

4. ¿Piensas que la vida no es muy divertida, no te sientes bien cuando normalmente debías sentirte bien, no disfrutas de las cosas como lo haces normalmente?

Casi nunca       A veces       Casi todo el tiempo       Todo el tiempo

5. ¿Te sientes preocupado, nervioso, inquieto, tenso, ansioso o entras en pánico?

Casi nunca       A veces       Casi todo el tiempo       Todo el tiempo

6. ¿Has pensado o planeado suicidarte o dañarte a ti mismo?

Casi nunca       A veces       Casi todo el tiempo       Todo el tiempo

## **CALIFICACIÓN DE LOS 6 ÍTEMS DE LA EDAK:**

Calificación de cada ítem

- a) = 0
- b) = 1
- c) = 2
- d) = 3

Suma el puntaje de cada ítem para obtener una calificación total.

## **CALIFICACIÓN TOTAL**

Si la calificación total es igual o mayor a 6 “es posible que este deprimido” y requieras tratamiento y apoyo. Si la calificación total es menor a 6 “probablemente no esté deprimido.”

## **SI ENCUENTRA UN PUNTAJE DE 6 Ó MÁS EN LA EDAK SE RECOMIENDA LO SIGUIENTE:**

**1** Converse acerca de los problemas o conflictos que acontecen en la vida del joven. Aplique la Evaluación de la Funcionalidad en las actividades del Adolescente {Teen Functional Activities Assessment (TeFA)}, esta le ayudara a determinar el impacto que la depresión esta causado en el funcionamiento del adolescente.

**2** Brinde apoyo y orientación para la solución de problemas sin emitir juicios, “rapport de apoyo”, utilice como guía el Apoyo Psico-terapéutico para Adolescentes (APA) {Psychotherapeutic Support for Teens (PST)}. Motive las siguientes conductas: actividad física, sueño regular, alimentación balanceada, actividades sociales positivas.

**3** Evalúe el riesgo suicida – puede utilizarse el Instrumento para la Valoración de Riesgo

Suicida del Adolescente (IVaRS-A) {Tool for Assessment of Suicide Risk (TASR)}

**4** Haga un breve “chequeo” telefónico 3 días después de la visita, con una duración entre 3 a 5 minutos. El joven puede preferir mensajes de texto o correos electrónicos. Si se identifica algún problema, pedir al joven que programe una visita lo más pronto posible.

**5** Realice una evaluación del estado mental utilizando la EDAK una semana después de la primera visita. También puede aplicar la EFA y la APA, solo requiere 15-20 minutos.

**6** Lleve a cabo otro chequeo telefónico breve a los tres días de la segunda visita (3-5 minutos).

**7** Programe una tercera visita a la semana siguiente para realizar una evaluación utilizando la EDAK y la EFA.

## **¡NO SÉ ESTRESE!**

Existen muchos instrumentos clínicos que se enfocan al diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Una evaluación completa del Trastorno Depresivo Mayor puede llevarse a cabo en tres visitas de 15 minutos con el encuadre de trabajo expuesto previamente.

Algunos clínicos pueden preferir el uso de entrevistas de evaluación en lugar de cada uno de los instrumentos. Aún así, el EDAK puede ser utilizado en forma rutinaria durante cada visita como estrategia para monitorear y seguir la evolución de los síntomas.

---

## EL DIAGNÓSTICO DE TDM ES MUY PROBABLE SÍ:

- 1 Se obtiene un puntaje igual o mayor a 6 en el EDAK durante un periodo superior a dos semanas (en las tres instancias de evaluación).
- 2 Existen conductas auto lesivas o pensamientos suicidas persistentes.
3. Se identifica un deterioro en el funciona-

miento escolar, familiar o interpersonal (puede utilizarse la EFA para evaluar este aspecto).

Si durante la tercera visita del adolescente aun se sospecha el diagnóstico de TDM, se recomienda aplicar la versión larga del EDAK que está compuesto por 11 ítems. Si establece un puntaje mayor o igual a 2 en cinco de los ítems, se considera diagnóstico de TDM y debe iniciarse una intervención.

*El EDAK de 11 ítems puede ser utilizado sin costo por los clínicos*

*Nota – La EDAK-11 debe ser aplicado por un clínico y no por el paciente. El clínico deberá realizar las preguntas de la escala y puntuarlas de acuerdo a sus observaciones y criterio.*

# ACERCAMIENTO CLÍNICO AL POSIBLE TDM EN EL ADOLESCENTE DURANTE LA ATENCIÓN PRIMARIA \*

## PASO 1

### PRIMERA VISITA

EDAK  
EFA  
Use APA  
y PMA

Si la EDAK es igual o mayor a 6, o la EFA muestra disminución en funcionalidad, siga al paso 2 y 3.

Si la EDAK es menor a 6 y la EFA no muestra disminución en la funcionalidad por dos semanas o más, realicé más monitoreo (EDAK, EFA) – mencione al joven que puede llamar si se siente peor, presenta ideas – plan suicidas o ideas de auto daño.

## PASO 2

### CONTACTE

Teléfono, correo electrónico o mensaje de texto.

## PASO 3

### SEGUNDA VISITA

EDAK  
EFA  
use APA  
y PMA

Si la EDAK permanece siendo mayor a 6, o la EFA muestra disminución en la funcionalidad, proceda a los pasos 4 y 5.

Si la EDAK es menor a 6 y la EFA no muestra disminución en la funcionalidad, durante al menos dos semanas, continúe el monitoreo (EDAK, EFA) – recuerde al joven que puede llamar si se siente peor, con ideas – plan suicidas o de auto daño.

## PASO 4

### CONTACTE

Teléfono, correo electrónico o mensaje de texto.

## PASO 5

### TERCERA VISITA

EDAK  
EFA  
use APA  
y PMA

Si la EDAK es mayor a 6, o la EFA muestra disminución en la funcionalidad, proceda al diagnóstico EDAK-11 y con el tratamiento.

Si el EDAK es menor a 6 y el EFA no muestra una disminución en la funcionalidad, en al menos dos semanas, continúe el monitoreo (EDAK, EFA) – recuerde al joven que puede llamar si se siente peor, o presenta ideas – plan suicidas o de auto daño.

\* La forma de contacto deberá ser determinada por cada proveedor de salud, de acuerdo a su margen de confort

\* De manera alternativa, algunos proveedores de salud pueden optar por posponer el motivo de consulta del paciente y determinar si existe una situación que potencialmente amenace la seguridad del paciente (por ejemplo, suicidio potencial, psicosis), proporcionar la EDAK para que lo llene y programar una cita cercana para completar la evaluación. El elemento clave es garantizar la seguridad del paciente mientras transcurre el tiempo suficiente que permita determinar si se trata de un trastorno o un malestar.

## PASO 3. PLANTILLA DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE

---

El tratamiento de la depresión adolescente incluye factores específicos y no específicos. Los factores específicos son: medicamentos, psicoterapia de tipo estructurada (por ejemplo, Terapia Cognitivo Conductual CBT; Terapia Interpersonal IPT). Los factores no específicos abarcan aquellas actividades que ayudan a mejorar el estado de ánimo y el bienestar, ADEMÁS de intervenciones psicológicas de apoyo que pueden ser proporcionadas por el proveedor de salud (use el APA como guía, lo encontrara dentro del conjunto de herramientas).

Al iniciar la intervención es importante educar a los padres o tutores sobre el trastorno y su tratamiento. Se recomienda que esta asesoría se lleve a cabo en dos citas, con 3 a 5 días entre sí, y que se lleven a cabo en días distintos a las visitas del paciente, esto ayudara al estudio/ investigación del caso. Pueden proporcionarles las páginas de internet sugeridas más adelante y también anímelos a hacer sus propias búsquedas, además de sugerirles que traigan una lista de preguntas y dudas para discutirse en la siguiente visita.

### CUANDO PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE UN TRASTORNO MENTAL:

- 1 Determine el nivel previo de conocimiento que tiene el joven y la familia acerca del trastorno y su tratamiento.
- 2 Identifique cuales son áreas de información errónea y clarifíquelas.
- 3 Identifique vacíos en la información y ayude a llenarlos.

4 Sea realista, claro y comprensible.

5 Proporcione material impreso que se puedan llevar a casa, en el siguiente vínculo puede encontrar algunos Materiales útiles para Médicos generales.

6 Comente sobre las adicciones. Muchos padres y jóvenes creen que el recibir medicamentos puede llevar a la adicción. Es posible que no lo mencionen de manera espontánea así que debe proponerse el tema en forma abierta. Información útil sobre la adicción y la medicación (vínculo al sitio de NIDA).

7 Hábleles sobre la duración del tratamiento. Para un primer episodio se recomienda que se mantenga por al menos 6 a 9 meses a partir del momento en que el joven se sienta bien.

8 Comente sobre las modificaciones que deben realizarse durante la toma del medicamentos (ej. no existe peligro si se mezcla con un poco de alcohol y no impedirá él poder conducir un vehículo).

### INTERVENCIONES NO-ESPECÍFICAS

Recientes investigaciones neurobiológicas han demostrado que ciertos cambios en el ambiente pueden modificar las funciones mentales ligadas al estado de ánimo, ejemplos de ello son: el sistema serotoninérgico, el sistema dopaminérgico, el factor neurotrópico (BDNF) y el sistema de endorfinas.

Si desea leer más al respecto, aquí hay una revisión actualizada (los datos expuestos, fueron obtenidos principalmente en adultos) Young,

---

Simon N. How to increase serotonin in the human brain without drugs. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2007; 32; 394-399.

Las intervenciones no-específicas incluyen:

**1** Ejercicio – se recomienda realizar al menos 30 minutos diarios de ejercicio aeróbico vigoroso.

**2** Luz Brillante – exposición a la luz del día. Algunos jóvenes tienden a encerrarse en su habitación y no obtener suficiente luz solar.

**3** Apoyo Social – interacciones con compañeros y familiares, incluir principalmente actividades placenteras (aunque se tenga que dejar de ir a trabajar o atender clases).

**4** Nutrición – alimentos ricos en triptófano – como los chícharos o arvejas –o serotonina – como el chocolate. Se recomienda una dieta balanceada con nulo o poco alcohol y sin uso de drogas. Ciertas investigaciones sugieren la utilidad del omega 3 pero esta aún no ha sido comprobada.

**5** Música y movimiento – se sugiere música y baile rítmico.

No se recomienda el uso de estos métodos como sustituto a la medicación o psicoterapia para tratar el TDM, sin embargo se sugiere el incluirlos como parte de la estrategia terapéutica. Desaliente la tendencia de los jóvenes deprimidos a escuchar música tenebrosa, aislarse, leer poesía deprimente o el pasar tiempo en la oscuridad.

### UNA SUGERENCIA NUTRICIONAL

Ciertas investigaciones sugieren que una dieta rica en omega-3 puede ser benéfica. He aquí

la receta de un batido matutino propuesta por la Dra. Jane Garland.

**1** Yogur + fruta (plátano, durazno, zarcamora, etc.)

**2** Una cucharadita de suplemento líquido Nutra-Sea omega-3 (la cual es una buena fuente de omega 3 sin sabor a pescado)

Si lo prefiere, puede sustituir el yogur por leche o leche de soya. También, se puede agregar proteína en polvo si el niño o joven así lo requiere. Existen en el mercado polvos para batidos que contienen ácidos grasos ricos en omega-3 y otros nutrientes que pueden ser una buena alternativa.

### INVOLUCRE A LA ESCUELA

Parte del manejo integral del adolescente con depresión, incluye el tratar aspectos escolares. En ocasiones es importante que el médico o el padre de familia se pongan en contacto con la escuela por los siguientes motivos:

- El conocer el desempeño y la evolución escolar del joven es importante en ocasiones para establecer un diagnóstico.
- Durante el tratamiento de la depresión es importante el monitorear diferentes aspectos de la vida del joven, uno de ellos es el desempeño académico, una buena respuesta al tratamiento se verá también reflejada en la escuela.
- En ocasiones la escuela deberá hacer algunos ajustes para promover el éxito escolar del joven con depresión (por ejemplo, ajustar actividades en clase, fechas de examen o entrega de trabajos).

**NOTA** Cualquier contacto con la escuela

debe ser con la autorización del joven y de los padres, además de proteger la confidencialidad del paciente.

### **PRESCRIPCIÓN PARA MEJORAR EL ESTADO DE ÁNIMO (PMA)**

Es de gran ayuda él darle al joven una guía sencilla desarrollada en conjunto (y, de ser posible, en colaboración con el cuidador), en la que se aclaren las actividades auto-regulatorias

a llevar a cabo durante el contacto diagnóstico y el tratamiento. La Prescripción para Mejorar el Estado de Ánimo es una herramienta útil y eficiente que puede ayudar al joven a identificar y planificar sus actividades diarias. Esta se presenta más adelante, y también está incluida en el Conjunto de Herramientas para el Clínico. De manera práctica, el clínico puede revisar el MEP junto con el paciente, completar la forma y analizarla en la siguiente visita.

### **PRESCRIPCIÓN PARA MEJORA EL ESTADO DE ÁNIMO (PMEA)**

Hay muchas cosas que se pueden hacer para levantar el ánimo. Las siguientes actividades le ayudaran a sentirse mejor. Algunas veces, se requerirá de ayuda adicional (como psicoterapia o medicación). Esta es nuestra receta para mejorar el estado de ánimo. En cada una de las actividades se escribe el plan que se tiene (“qué harás, qué tan seguido y con quién”).

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>PLAN (QUÉ, FRECUENCIA, CON QUIÉN)</b>
Ejercicio	
Buena alimentación	
Solución de Problemas	
Actividades Sociales	

\*Incluyendo a otros para ayudar

Si el joven cuenta con una familia que lo apoya, involúcrelos o involucre a otras personas que pueden ser importantes en la vida del joven como ser: profesores, consejeros, entrenadores, vecinos, etc. Es una buena idea preguntar al joven con quién más se puede contar para que se les involucre. No olvide preguntar sobre el desempeño escolar. Muchas personas con TDM pueden requerir de más intervenciones educativas o un enfoque académico modificado. Se recomienda (si el paciente lo autoriza) hablar con un consejero escolar.

---

## EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL FUNCIONAMIENTO DEL ADOLESCENTE

La funcionalidad limitada es un componente esencial en el diagnóstico del TDM adolescente y el recuperar la misma es uno de los objetivos que se buscan con el tratamiento. En los jóvenes, se debe llevar a cabo una valoración del funcionamiento prestando atención a cuatro áreas.

Cuatro áreas para evaluar funcionamiento:

- 1** Escuela: Calificaciones, relación con maestros, ausencias.
- 2** Hogar: Relaciones con los padres/hermanos y actividades en casa.

- 3** Trabajo: Rendimiento laboral, relaciones laborales.

- 4** Amistad: Amigos, relaciones íntimas, actividad sexual.

La Evaluación de Funcionamiento en el Adolescente (EFA) se ha creado para ayudar al proveedor de servicios de salud en atención primaria, para evaluar los cuatro componentes antes mencionados. Los clínicos pueden utilizar el EFA sin necesidad de tener permiso escrito del autor. Algunos pueden preferir el integrar solo algunos puntos del EFA en sus entrevistas regulares sin utilizar todo el instrumento.

## EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL ADOLESCENTE (EFA)

La EFA es una herramienta auto aplicable. Debe ser completada por el paciente y generalmente no toma más de tres minutos él hacerlo. El proveedor de salud puede utilizar la información obtenida a través del EFA para sondear más a fondo la información relacionada a ciertas áreas. Especialmente en las que el joven ha identificado con más problemas o que le generan mayor preocupación ya sea al paciente o a sus padres.

Este documento tiene la intención de ayudar a tu proveedor de salud a saber cómo te sientes. Toda la información que proporcionas es confidencial. Por favor contesta los siguientes puntos.

Para cada una de las siguientes categorías escribe sobre la línea una de las siguientes opciones – mucho mejor de lo habitual; mejor de lo habitual; igual que siempre; peor de lo habitual; mucho peor de lo habitual.

Durante la última semana como han estado las cosas en:

**ESCUELA** \_\_\_\_\_

**CASA** \_\_\_\_\_

**TRABAJO** \_\_\_\_\_

**AMIGOS** \_\_\_\_\_

Escribe las dos cosas que te tienen más preocupado o las que te están causando mayor problema.

**1** \_\_\_\_\_

**2** \_\_\_\_\_

Escribe dos cosas tuyas que este preocupando a tus padres u a otros adultos o cosas que crees que les preocuparían si las supieran.

**1** \_\_\_\_\_

**2** \_\_\_\_\_

---

## EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

La adolescencia es el periodo en el cual la mayoría de las personas experimentan por primera vez el consumo de alcohol u otras sustancias. Basado en estudios científicos sabemos que el cerebro sigue desarrollándose hasta aproximadamente los 25 años y por lo tanto es más vulnerable al daño que causa el consumo excesivo, causando secuelas a corto y largo plazo.

La evaluación del consumo de alcohol y otras sustancias, debe ser parte de todo examen médico en los adolescentes. A continuación se brindan algunos datos que deben incitar una evaluación más detallada sobre el consumo de alcohol o sustancias:

- Jóvenes con cambios de conducta y ánimo reciente.
- Jóvenes que se presentan al servicio de urgencias por accidente o trauma.
- Jóvenes que han bajado en notas o desempeño escolar sin explicación o con frecuentes ausencias escolares.
- Jóvenes que se presentan con quejas medicas inespecíficas.

La evaluación de consumo de alcohol y otras sustancias provee al personal de salud con la oportunidad de llevar a cabo psicoeducación con respecto a los efectos negativos relacionados al consumo, como ser los accidentes automovilísticos, la psicosis, cáncer pulmonar, etc.

En el caso de los jóvenes con consumo

riesgoso, la evaluación también presenta una gran oportunidad para referir al joven a un servicio especializado en donde podrá recibir un tratamiento adecuado.

El Instrumento Diagnostico de CARLOS, en ingles CRAFFT, es un instrumento clínico de evaluación, para identificar a jóvenes con riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias (drogas). Este instrumento diagnostico, recibe el nombre de CARLOS ya que es el acrónimo de las palabras clave de cada una de las preguntas.

Antes de comenzar con la evaluación, pida al joven que responda honestamente a las preguntas sin olvidar el recordarle sobre la confidencialidad y sus límites. Otra cosa que es importante tener en mente cuando se evalúa el consumo de alcohol y otras drogas en los jóvenes, es que el consumo de estas puede estar enmascarando un trastorno mental.

### EL INSTRUMENTO DIAGNOSTICO DE CARLOS

El Instrumento Diagnostico de CARLOS, por sus siglas en español, es un instrumento clínico de evaluación para jóvenes menores de 21 años; recomendado por el “Comité contra el Abuso de Sustancia en Adolescentes” de la Academia Americana de Pediatría. El test consiste en 6 preguntas desarrolladas para identificar a jóvenes con alto riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias. CARLOS, es un instrumento de evaluación corto, eficaz, diseñado para identificar si el joven requiere mayor investigación con respecto al consumo de alcohol y otras sustancias. Antes de comenzar con las preguntas, pida al joven que conteste honestamente y recuérdle que sus respuestas son confidenciales.

- C** ¿Has viajado alguna vez en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o tu mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas?
- A** ¿Alguna vez tus AMIGOS o familia te han sugerido que disminuyas el consumo de alcohol o drogas?
- R** ¿Has usado alguna vez bebidas alcohólicas o drogas para RELAJARTE o para sentirte mejor contigo mismo/a o para integrarte a algún grupo?
- L** ¿Alguna vez te has metido en LIOS o problemas por tomar alcohol o consumir drogas?
- O** ¿Alguna vez se te ha OLVIDADO lo que hiciste mientras estabas bajo el efecto del alcohol u otra droga?
- S** ¿Alguna vez has consumido alcohol o drogas, estando SOLO/A o sin compañía?

Seamos más claros con las palabras. El uso de alcohol y/o sustancias (drogas) se clasifica en: uso, mal uso o abuso y dependencia, esta última raramente es vista en los jóvenes ya que toma años llegar a ella.

**Uso** – consumo en el que por el tipo de sustancia, la cantidad de la misma y las circunstancias, es poco probable que tenga consecuencias negativas sobre la persona o sobre su entorno.

**Abuso** – consumo inadecuado, qué puede causar daños físicos, psíquicos y/o sociales en la persona o su entorno.

**Dependencia** – aquellos casos en los que, tras un periodo prolongado se consumo, la persona tiende a prioriza la relación con las drogas ocasionando que la vida cotidiana se lleve a cabo en torno a la búsqueda y consumo de la sustancia

## EVALUACIÓN DEL SUEÑO

El sueño normalmente se encuentra alterado en los jóvenes con depresión, los problemas del sueño pueden ser causados por el trastorno depresivo, pero también por los medicamentos antidepressivos, por lo que es importante realizar una evaluación basal antes de iniciar tratamiento, de lo contrario no sabremos si el problema del sueño es secundario a la depresión o a los medicamentos.

La evaluación del sueño se lleva a cabo de una manera muy sencilla, mediante una breve entrevista preguntando al joven lo siguiente:

- ¿A qué hora te acuestas?
- ¿Cuánto tiempo tardas en quedarte dormido?
- ¿Te cuesta trabajo dormir?
- ¿Una vez que te quedas dormido, duermes toda la noche?
- ¿A qué hora te despiertas?

- ¿Cuando te despiertas te sientes descansado?
- ¿Te sientes cansado o cansada durante el día?
- ¿Duermes siesta durante el día?

### HIGIENE DEL SUEÑO

Dormir bien, es muy importante para el desarrollo del joven. Los adolescentes necesitan entre ocho y nueve horas de sueño al día, pero desafortunadamente, muchos adolescentes no duermen lo suficiente. Los jóvenes con trastorno depresivo requieren especial atención a este respecto. A continuación algunas sugerencias útiles.

- Acostarse a una hora razonable, incluso durante los fines de semana.
- Realizar al menos 30 minutos de ejercicio físico al día.
- Disminuir el consumo de bebidas con caféina como: refrescos, café, té, bebidas energéticas, especialmente durante la tarde – noche.
- Programar 30 a 45 minutos de tiempo tranquilo antes de irse a la cama, evitar la tele, el internet, escuchar musica estridente y los videojuegos.

### INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Algunas guías de tratamiento, recomiendan el uso de psicoterapias como “primera línea” de tratamiento para adolescentes con TDM leve a moderado. En ciertos lugares estas intervenciones no están disponibles o son rechazadas y el costo también es un factor a tenerse en cuenta.

Si la terapia cognitivo conductual (TCC) o la terapia interpersonal (TIP), están disponibles en su comunidad, es bueno el integrarlos como parte del tratamiento de la depresión en jóvenes. Sin embargo, si hay que ingresar a una larga lista de espera o simplemente no

están disponibles, el tratamiento debe consistir en medicamentos, actividades para mejorar el estado de ánimo y apoyo. Recuerde que la ideación e intentos suicidas son comunes en el TDM y pueden presentarse durante el tratamiento con TCC o TIP. Por lo tanto, los pacientes (incluso aquellos que no están siendo tratados con medicamentos) deben ser monitoreados de cerca para identificar pensamiento o conducta suicida a lo largo del tratamiento.

Existe evidencia de que la TCC tiene un efecto positivo adicional cuando se combina con un tratamiento médico. Por ejemplo, añadir TCC al tratamiento con fluoxetina, que es un inhibidor de la recaptura de serotonina (ISRS) disminuye la probabilidad de ideación suicida versus la fluoxetina como terapia sola.

Ya sea que el joven con TDM reciba o no TCC o TIP, recomendamos el tratamiento con fluoxetina ya que tiene los mejores resultados clínicos en cuanto a eficacia. Aún así, recomendamos enfáticamente que no se administre la fluoxetina sin un marco de seguimiento adecuado o fuera del encuadre de atención que se describe en esta sección (visitas cara a cara, contacto electrónico, APA –evaluación del riesgo suicida, etc.).

### UN DATO CLÍNICO IMPORTANTE:

Los medicamentos no deben ser utilizados en jóvenes con síntomas leves de depresión, disforia, desmoralización o malestar. Sólo están indicados para el TDM. Si no está seguro que se trata de un TDM, es mejor activar las conductas promotoras del bienestar así como el acercamiento de apoyo, y monitorear de cerca a la persona, en búsqueda de cambios sintomáticos o presencia de riesgo suicida. No se apresure a medicar a menos a que exista evidencia suficiente para hacerlo.

---

## **APOYO PSICOTERAPÉUTICO PARA ADOLESCENTES (APA)**

### **PUNTOS PRÁCTICOS PARA PRESTADORES DE CUIDADOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE TRATAN LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE**

Esta herramienta aporta al clínico sugerencias sobre cómo interactuar con el joven

#### **Acercamiento**

- Sea amistoso, sin ser un amigo.
- Cree un espacio de apoyo.
- Establezca confidencialidad y límites a la confidencialidad (en caso de auto agresión, riesgo suicida, etc.) sea muy CLARO con respecto a éstos.

#### **Enfóquese en el presente**

- Ayude a identificar los problemas más importantes que se suscitan el momento actual.

#### **Concéntrase en el problema**

- Ayude al joven a encontrar soluciones prácticas para sus problemas.

#### **Eduque**

- Aporte información sobre la depresión y su tratamiento (aplique el KADS, TeFA).

#### **Responda**

- Esté disponible para asuntos urgentes vía telefónica, correos electrónicos y mensajes de texto dentro de las horas de trabajo.
- Programe visitas breves cara a cara que no interfieran con el horario escolar (15-20 minutos).
- Monitoreé y promueva las actividades para el bienestar (dormir, ejercicio, buena alimentación, etc.).

- Proporcione información referente a sitios de atención fuera de horario de oficina o en caso de una emergencia.

#### **CÓMO CREAR UN AMBIENTE DE APOYO**

Recuerde llevar a cabo las siguientes sugerencias dentro de un marco de apoyo y escucha activa.

- 1** Actitud compasiva sin emitir juicios y manteniendo una postura realista.
- 2** Escuche activamente: contacto visual, indicadores verbales (“ah”, “continúe”) y no verbales (asentir) de que se está escuchando.
- 3** Aclare (“ayúdeme a entender mejor”, “¿puede explicarme a qué se refiere con?”, etc.).
- 4** Identifique emociones (“parece que te estás sintiendo frustrado”, etc.).
- 5** No trate de comprender de inmediato al joven – es probable que se equivoque.
- 6** Si no sabe de qué está hablando, pregunte.
- 7** Si no sabe la respuesta a una pregunta, admítalo y busque la respuesta.

Recuerde que el involucrar a los padres o al cuidador es necesario durante la evaluación y el tratamiento de la depresión en el adolescente. Cada que sea posible, debe recabarse información sobre el estado emocional y funcionamiento del joven a partir de los padres o cuidador. Es común que los comentarios difieran entre padres y adolescentes, cuando esto suceda, entrevístelos de manera conjunta para aclarar y planear óptimamente las intervenciones. Sin embargo, sea cuidadoso en mantener

---

la confidencialidad durante este proceso. La confidencialidad es importante pero tiene límites, uno debe romper la confidencialidad cuando el joven o una tercera persona se encuentra en peligro (planes o conductas autolesivas – suicidas, abuso, ideas o planes homicidas). El uso de drogas debe ser discutido con el joven y decidir en qué momento el mal uso o abuso debe ser comentado con los cuidadores.

### USO DE ANTIDEPRESIVOS EN ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN

La intervención en el tratamiento de la depresión en adolescentes que ha mostrado mayor eficacia en el primer nivel de atención es el uso de la fluoxetina. Recomendamos que sea esta la primera línea de tratamiento y que se dejen los demás tratamientos para ser utilizados por servicios de salud mental secundarios o terciarios o en aquellos casos que muestren intolerancia o falta de respuesta a la fluoxetina.

No se recomienda el uso aislado de la fluoxetina, sino su combinación con TCC, actividades de mejora del bienestar y acercamiento de apoyo. Se puede combinar alternativamente con TIP, actividades de mejora del bienestar y acercamiento de apoyo. Si no están disponibles ni CBT ni TIP, de igual forma se sugiere el uso de actividades de mejora del bienestar y acercamiento de apoyo.

El tratamiento con fluoxetina mejora de manera significativa los síntomas depresivos y disminuye la ideación suicida. Sin embargo, algunas personas pueden presentar aumento de intentos de auto-daño o ideación suicida durante el tratamiento con fluoxetina. Por esta razón, debe hacerse una valoración sistemática del riesgo suicida como parte del tratamiento con fluoxetina.

A continuación se expone mayor información referente al uso de la fluoxetina y el suicidio en el adolescente. Si ha decidido utilizar la fluoxetina como tratamiento, sugerimos seguir los siguientes 12 pasos, los cuales pueden ser personalizados e integrado a su práctica profesional.

### PUNTOS A CONSIDERAR CUANDO SÉ MONITOREA EL TRATAMIENTO CON ISRS

*Los siguientes 12 pasos aparecen en Kutcher, S., Gardner, D. & Virani, A. (2004) A Suggested Careful Monitoring to SSRI Treatment. Child and Adolescent Psychopharmacology News, 9 (4): 3-4.*

*CAPN está publicado por Guilford Press y editado por Dr. Stan Kutcher.*

**1** No hacer daño. Esto no significa no dar tratamiento. Significa hacer un análisis riesgo-beneficio apropiado y asegurarse de que esta evaluación haya sido discutida ampliamente con el paciente/familia.

**2** Asegúrese de que el paciente tenga un trastorno depresivo mayor. Esto implica que se haya llevado a cabo el diagnóstico de manera apropiada y que exista una disfunción evidente. El medicamento no debe ser usado para tratar síntomas depresivos aislados, sino el trastorno depresivo mayor. Recuerde que el umbral del diagnóstico se encuentra tanto en el número total de criterios propios del síndrome, cómo en cada uno de los criterios. Por ejemplo, no podríamos llamar “dificultad para dormir” a 20 a 30 minutos de insomnio una o dos veces a la semana.

**3** Busque cuidadosamente la presencia de

---

otros síntomas psiquiátricos que puedan indicar otro trastorno mental. Por ejemplo, si el paciente presenta un estado prodrómico de psicosis, este puede asemejarse a una depresión mayor. Recuerde que el tener síntomas depresivos no implica tener un trastorno depresivo.

**4** Verifique si hay síntomas de ansiedad (especialmente pánico) o impulsividad. Estos ponen al paciente en mayor riesgo de presentar efectos adversos de tipo conductual durante el tratamiento con ISRS.

**5** Corrobore los antecedentes familiares especialmente buscando datos de trastorno bipolar. Recuerde que casi dos terceras partes de los adolescentes con trastorno bipolar se presentan ante el clínico primero como depresión. El antecedente pone al paciente en mayor riesgo de presentar efectos adversos de tipo conductual durante el tratamiento con ISRS.

**6** Antes de iniciar el tratamiento, evalúe los síntomas somáticos actuales, principalmente irritabilidad, agitación e inquietud entre otros.

**7** Mida los síntomas depresivos y ponga especial atención a la tendencia suicida. La EDAK, representa una herramienta sencilla de autoevaluación, está validada en esta población y puede aportar una base de trabajo así como perspectivas de resultados al tratamiento. Recuerde que el ISRS puede incrementar ocasionalmente la ideación suicida, y por eso es muy importante como parte de la evaluación riesgo-beneficio determinar si la ideación está presente antes de iniciar el tratamiento.

**8** Proporcione a la familia y al paciente información comprensiva sobre la enfermedad y las diferentes opciones de tratamiento. Tenga dis-

ponible en su oficina literatura sobre el tema, así como también una lista de sitios de internet confiables a los que hacer referencia. Recuerde, la psicofarmacología de la depresión no se considera un tratamiento de emergencia médica. Tómese el tiempo necesario para estar seguro del diagnóstico y hablar con la familia y el paciente antes de comenzar el tratamiento.

**9** Si se elige un ISRS, asegúrese de dar al paciente y a su familia la información apropiada sobre los posibles efectos secundarios (tanto conductuales como somáticos), además de hablar sobre el tiempo necesario para observar una respuesta y la duración del tratamiento. Lo ideal sería realizar una nota de consentimiento en el expediente clínico y que todos los implicados la firmen.

**10** Después de hacer las pruebas de laboratorio pertinentes (en el caso de los ISRS, solo se considera a la prueba de embarazo como necesaria), inicie con una dosis pequeña como prueba, preferiblemente cuando el joven pueda ser supervisado por un adulto que tenga conocimiento de que se está iniciando una dosis de prueba y pueda contactarle en caso necesario. Pida al paciente y su familia que monitoree posibles efectos adversos diariamente. Asegúrese que tengan un número telefónico donde encontrarlo por si presentan problemas y programe una cita con su paciente 3-4 días después de haber iniciado el tratamiento.

**11** Aumente la dosis lentamente, con intervalos no menores a 3-5 días hasta alcanzar la dosis terapéutica (la dosis diaria mínima efectiva), y espere entre 6-8 semanas para determinar la eficacia. No inicie el medicamento sin al menos haber propuesto psicoterapia de

---

apoyo ya sea con técnicas cognitivas o interpersonales. Vea al paciente semanalmente y establezca vías para contactarlo en caso de que surjan dudas sobre el aumento de dosis o presente síntomas adversos. Lleve un registro de los eventos adversos en cada visita, no olvide hacer uno antes de iniciar el medicamento (utilice como guía la escala inicial para evaluar los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo) y evalúe cada dos semanas.

**12** Aproveche el efecto placebo (el cual se ha demostrado ser muy elevado en los adolescentes deprimidos). Promueva un acercamiento similar al que se lleva a cabo en ciertos estudios en cuanto a un contacto temprano cara a cara, desarrollar una relación de confianza y apoyo, tratar de medir las respuestas tanto objetiva como subjetivamente, revisar cuidadosamente los efectos secundarios, la tolerancia general, las preocupaciones y la satisfacción con el tratamiento.

Los anteriores 12 pasos propuestos representan una adecuada intervención terapéutica y es consistente con el monitoreo cuidadoso propuesto por la FDA y otras organizaciones. Quizá no evite totalmente los efectos secundarios pero sí los reducirá, y le ayudará a identificarlos rápidamente para que pueda intervenir de manera apropiada.

### **INICIANDO Y CONTINUANDO EL TRATAMIENTO CON FLUOXETINA\***

**1** Inicie lento y avance lento.

**2** Comience con 10 mg diarios (sí hay síntomas de ansiedad importantes, inicie con 5 mg).

**3** Continúe con 10 mg durante una o dos semanas y entonces aumente a 20 mg.

**4** Continúe los 20 mg durante un mínimo de 8 semanas.

**5** Si al aumentar a 20mg se presentan efectos secundarios problemáticos, disminuya la dosis a 15 mg diarios espere una semana y entonces aumente a 20 mg. Si los efectos secundarios se repiten, continúe la dosis de 15 mg por lo menos durante 8 semanas más.

\* El modelo de acercamiento de apoyo basado en el APA debe ser utilizado en cada visita como un marco de trabajo dentro del cual se pueda estructurar la interacción con el paciente adolescente.

### **ALERTA ROJA PARA REFERIR A UN PACIENTE**

Si un joven con depresión severa presenta intento suicida, refiéralo inmediatamente a un servicio de salud especializado en salud mental. En caso de depresión severa con síntomas psicóticos o plan suicida también se requiere de una referencia urgente.

### **MONITOREANDO EL TRATAMIENTO**

La respuesta y los efectos secundarios deben monitorearse de manera regular a lo largo del tratamiento\*. La siguiente tabla se sugiere como guía. Para valorar la respuesta al tratamiento, utilice la EDAK y la EFA. Para los efectos secundarios, utilice la Escala Corta para Efectos Secundarios de Chehil y Kutcher (EsES-CK) como se muestra en la siguiente página.

INSTRUMENTO CLINICO	EVALUACION INICIAL	DÍA 1	DÍA 5	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7	SEMANA 8
6-EDAK	✓				✓		✓		✓	✓	✓
EFA	✓				✓		✓		✓	✓	✓
EsES-C	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

\* El modelo de acercamiento de apoyo basado en el APA debe ser utilizado en cada visita como un marco de trabajo dentro del cual se pueda estructurar la interacción con el paciente adolescente.

### EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios al tratamiento farmacológico, son aquellos efectos físicos, emocionales o conductuales, que son causados por la medicación. Para evaluar los efectos secundarios se debe llevar a cabo una evaluación

sistemática de los problemas comunes a través de evaluaciones estructuradas y semi-estructuradas.

**Semi-estructuradas:** Una manera útil y sencilla de hacer evidentes los efectos secundarios es preguntar: “¿Has sentido algún cambio en tu cuerpo que creas se debe al medicamento?”

**Estructuradas:** Una escala útil para medir los efectos secundarios se presenta a continuación, esta puede ser utilizada en cada consulta.

## ESCALA BREVE PARA LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE CHEHIL – KUTCHER (ESES-CK)

ITEM	NULO	LEVE	MODERADO	SEVERO
Dolor de cabeza				
Irritabilidad/Enojo				
Inquietud				
Diarrea				
Problemas sexuales				
Pensamientos suicidas				
Intentos de auto daño	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió que sí, descríballo:  Se trató de un intento suicida (había intención de morir?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
¿Algún otro problema?	1.  2.			

\*Dar clic aquí para acceder a la versión extendida del Chehil Kutcher Side Effects Scale.

El uso de la Escala corta para Efectos Secundarios de Chehil y Kutcher para propósitos clínicos y no requiere de permiso de los autores, sin embargo, no debe utilizarse para

otros propósitos tales como publicaciones, a menos a que se cuente con el consentimiento escrito de los mismos. La versión extendida de la Escala para Efectos Secundarios de Chehil y Kutcher (EsES-CK), se encuentra disponible bajo los mismos términos que la EsES-CK.

### HIPOMANÍA

La hipomanía es un efecto secundario que se presenta en raras ocasiones con el tratamiento farmacológico para la depresión. Los síntomas de la hipomanía son los siguientes:

- 1 Disminución de la necesidad de dormir - sensación subjetiva de que no es necesario dormir.
- 2 Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora).
- 3 Aumento de la autoestima o sentimientos de grandiosidad.

4 Distractibilidad.

5 Más hablador de lo habitual o verborreico.

6 Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento va más rápido.

Si se presenta hipomanía, suspenda el medicamento inmediatamente y refiera al paciente a un servicio de salud especializado en salud mental. Recuerde que los antecedentes familiares de trastorno bipolar aumentan la probabilidad de presentar hipomanía.

## HE TERMINADO LAS 8 SEMANAS DE 20 MG/DIARIOS – ¿AHORA QUÉ?

Basado en la respuesta al tratamiento se sugieren las tres estrategias siguientes. **Verifique siempre que existe buen apego al tratamiento**

UNO	RESULTADO	ESTRATEGIA
	El paciente no ha mejorado o su mejoría ha sido mínima. EDAK continua siendo igual o mayor a 6, más nula o casi nula mejoría en la funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumente gradualmente la dosis de fluoxetina a 30 mg y canalice a servicios de salud mental especializado en niños/adolescentes.</li><li>• Continúe el monitoreo semanal y las demás intervenciones hasta la siguiente consulta.</li></ul>
DOS	RESULTADO	ESTRATEGIA
	Mejora moderada del paciente. EDAK de 4 ó 5. Cierta mejoría funcional (50–60% según EFA).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si se está tolerando bien el medicamento, aumentar a 30 mg diarios y continuar monitoreo e intervenciones durante 2 a 4 semanas, entonces reevalúe. Si no hay mayor mejora, canalice al paciente a un servicio especializado.</li><li>• Si no se tolera bien la medicación, continuar a 20 mg diarios con monitoreo y continúe las otras intervenciones por 2 semanas, reevalúe nuevamente. Si no hay mejoría, canalice a un centro especializado.</li></ul>
TRES	RESULTADO	ESTRATEGIA
	Mejora moderada del paciente. EDAK de 4 ó 5. Cierta mejoría funcional (50–60% según EFA).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Continúe fluoxetina a 20 mg diarios.</li><li>• Gradualmente disminuya la frecuencia de las visitas e intervenciones a una cada dos semanas por dos meses y posteriormente cada mes.</li><li>• Eduque al paciente y a los cuidadores para que continúen el medicamento y sepan cómo identificar posibles recaídas.</li><li>• Si es un primer episodio, continúe el medicamento por 9–12 meses antes de decidir discontinuarlo. Si se discontinúa escoja una ventana adecuada (periodo de poco estrés) y disminuya gradualmente (durante 4 a 6 semanas) monitoreando cada 2 semanas.</li><li>• Programe chequeos, por ejemplo, una vez cada 3 meses, brinde datos para identificar una recaída.</li><li>• Si se trata de un segundo episodio o más, consiga una consulta de salud mental especializada durante el tratamiento.</li></ul>

---

Las dosis de fluoxetina que se utilizan en los servicios de salud mental especializados pueden ser mayores a las utilizadas en los centros de atención primaria. Los clínicos que monitoreen a chicos que han sido tratados por especialistas deben consultar las dosis con el especialista antes de iniciar los ajustes de dosis.

### **VERIFICAR QUE EXISTE UN ADECUADO APEGO AL TRATAMIENTO**

Determinar si se está cumpliendo con el tratamiento puede ser una tarea difícil por lo que el predecir de manera anticipada la probabilidad de que no haya buen apego es de utilidad. Mencione al joven que es normal que en alguna ocasión se le olvide tomar el medicamento y que si sucede, no es cosa grave y puede continuar con el tratamiento de forma normal. De esta forma si eso sucede, el paciente no sentirá culpa y continuara con el tratamiento.

Farmacológicamente, saltarse una dosis de manera ocasional, no causa mayor problema, ya que los niveles séricos de la fluoxetina se mantienen estables debido a que su vida media es muy larga (5 –7 días).

### **EXISTEN TRES MÉTODOS ÚTILES PARA MONITOREAR Y EVALUAR EL APEGO AL TRATAMIENTO**

**1** Pregunte al joven sobre el uso de medicamentos. Por ejemplo “¿Cómo te ha ido con la medicina?” o “Como ya habíamos comentado, a veces puede pasarte que olvides tomar una dosis. ¿Cuántas veces te ha sucedido desde que platicamos la última vez?”. Es importante no juzgar estos olvidos, se trata más bien de reconocer que es difícil recordar todas las tomas y ofrecer ayuda para evitarlo. Si hay poca adherencia al fármaco, es necesario hablarlo de manera directa, de tal forma que se compren-

dan las razones de esta dificultad. Una vez identificadas, pueden buscarse soluciones.

**2** Pregunte a los padres sobre el uso del medicamento por parte del joven. Algunas familias eligen a los padres como los responsables para verificar las dosis. Aún así, hay que preguntar al joven si está llevando a cabo el tratamiento como se planeó.

**3** Un contador de pastillas puede ser útil. Pídale al joven y/o a sus padres que traigan el contador a cada cita. Sin embargo, que el frasco esté vacío no implica que se esté llevando a cabo el tratamiento de manera adecuada. Por esta razón, es necesario preguntarle al joven sobre su adherencia al tratamiento.

### **DURACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Una vez que se presenta una mejoría importante, surge el tema de la duración del tratamiento. Mantener el tratamiento por un tiempo definido es recomendado por las siguientes razones:

**1** Permite la mejoría de ciertos síntomas y áreas del funcionamiento que requieren más tiempo para desarrollarse.

**2** Da oportunidad de que se sumen otro tipo de intervenciones: por ejemplo, el añadir terapia cognitivo conductual a un tratamiento inicialmente basado en fármacos.

**3** Disminuye la probabilidad de recaídas.

**4** Disminuye la posibilidad de desarrollar un trastorno mental asociado (por ejemplo: abuso de sustancias o trastorno de ansiedad social).

Actualmente, hay pocas investigaciones sobre la

---

duración del tratamiento continuo posterior a la recuperación. Aún así, sugerimos lo siguiente a partir de datos y experiencia clínica:

- 1 Continúe con la misma dosis de medicamento que fue utilizada para lograr la recuperación.
- 2 Continúe con el mismo tratamiento que utilizó para lograr la recuperación durante un mínimo de 6-9 meses.
- 3 Eduque al paciente sobre los signos y síntomas que pueden indicar una recaída e invítelo a acudir a revisión clínica de inmediato si los presenta.
- 4 Motive al joven a llevar a cabo visitas de monitoreo de la salud mental de forma programada.
- 5 Si decide discontinuar la medicación, evite hacerlo en momentos de estrés agudo (por ejemplo, periodo de exámenes o mudanzas).
- 6 Si decide discontinuar el medicamento, dis-

minuya la dosis gradualmente durante un periodo de alrededor de 3 meses y monitoree para identificar signos de recaída.

7 Aconseje que se mantengan las actividades que mejoran el bienestar tales como: Buena alimentación, ejercicio, uso limitado de alcohol, evitar uso y abuso de drogas ilegales.

Si el paciente recae estando dentro de un tratamiento adecuado, evalúe:

- Apego al tratamiento.
- Presencia de abuso de sustancias reciente.
- Presencia de estresores recientes que limiten la capacidad del paciente a adaptarse.
- Surgimiento de otra posibilidad diagnóstica alternativa (esquizofrenia, trastorno bipolar).

Se sugiere que se canalice con un especialista de la salud mental si la recaída ocurre dentro de un tratamiento continuo adecuado.

## PASO 4. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDIO

---

Un factor de riesgo suicida importante en los jóvenes es el no identificar ni tratar un trastorno mental como la depresión. El riesgo suicida aumenta si de manera adicional se presentan los siguientes factores:

- 1 Antecedentes familiares de suicidio.
- 2 Abuso de sustancias.
- 3 Antecedentes personales de impulsividad.
- 4 Desamparo.
- 5 Problemas con la ley.
- 6 Intentos suicidas previos.
- 7 Acceso a medios letales (como armas de fuego).

El suicidio es más común en varones, y los intentos de lastimarse son más comunes en las chicas.

La evaluación suicida debe llevarse a cabo siempre que se sospeche de una depresión y durante momentos específicos del tratamiento. Durante las visitas a lo largo del tratamiento, el KADS ayudará a que el paciente registre si presenta ideación, planes o actos suicidas. Se debe poner especial atención al riesgo suicida durante el tratamiento y monitoreo de la depresión sí:

- 1 Ocurre un estresor vital agudo.
- 2 Un amigo o colega comete suicidio.
- 3 Una figura pública se suicida.
- 4 Los medios de comunicación comentan un suicidio exitoso.

En estas situaciones debe explorarse el impacto con respecto a las tendencias suicidas del paciente durante las visitas de monitoreo e intervención.

### **INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES: IVARS-A**

El Dr. Kutcher y la Dra. Chehil han desarrollado una herramienta clínica de gran utilidad para ayudar al prestador de salud mental en la evaluación del riesgo suicida. El Instrumento para la Valoración del Riesgo Suicida en Adolescentes (IVARS-A) está disponible en formato pdf y puede ser reproducido con el permiso escrito de los autores. La guía de uso se incluye en el conjunto de herramientas.

El IVARS-A ha sido desarrollado por médicos y prestadores de salud mental con experiencia en la evaluación y tratamiento de jóvenes con trastorno depresivo. El IVARS-A no puede ser utilizado para otros propósitos que no sean clínicos, a menos que se cuente con el consentimiento escrito de los autores.

IVARS-A es un instrumento semi-estructurado diseñado para servir como guía al prestador de salud para asegurarse que se pregunte acerca de los factores de riesgo que han sido asociados con el suicidio en jóvenes. IVARS-A no es una herramienta predictiva ni diagnóstica.

### **EVALUANDO EL RIESGO SUICIDA**

El riesgo suicida debe ser valorado durante el tratamiento. Se debe prestar más atención a este riesgo si se muestran los indicadores señalados abajo. No todos los jóvenes que deciden suicidarse admitirán su plan pero la evaluación de la ideación y planes suicidas ayudará a identificar a aquellos chicos que se encuentren en mayor riesgo, de tal forma que pueda hacerse una adecuada intervención (incluyendo la hospitalización si se ha llevado a cabo un intento suicida).

### **IDEACIÓN SUICIDA**

- Preguntar sobre ideas acerca de morir, dejar de vivir o cometer suicidio.
- Preguntar si se siente sin esperanzas – el joven deprimido que se siente desesperanzado se encuentra en mayor riesgo– No todos los que son diagnosticados con TDM se sienten sin esperanza.

### **PLAN SUICIDA**

Si el joven admite la ideación suicida o sentimientos de desesperanza, preguntar siempre por planes suicidas. Si basado en su juicio clínico considera que el joven se encuentra con alto riesgo suicida, esto representa una emergencia médica. En este caso, contacte a un adulto responsable del joven y refiéralos para una evaluación especializada. Asegúrese de anexar al informe de referencia una copia de su evaluación, así como los datos necesarios para contactarlo. Si puede usted hacer el contacto con el especialista al que va a referir al paciente, esto puede ser de mucha ayuda.

Los jóvenes con ideas suicidas persistentes e intentos de auto-daño frecuentes deben ser referidos a servicios de salud mental especializados para su tratamiento continuo.

**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA:  
VERSIÓN ADOLESCENTES (IVARS-A)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**PERFIL DE RIESGO** **SI** **NO**

Masculino  
Historia Familiar de Suicidio  
Enfermedad Psiquiátrica  
Abuso de Drogas/Sustancias  
Pobre Apoyo Social / Problemas Ambientales

**SÍNTOMAS DE RIESGO** **SI** **NO**

Síntomas Depresivos  
Síntomas psicóticos  
Sentimientos de desesperanza / minusvalía  
Anhedonia  
Ira / Impulsividad

**PERFIL DE RIESGO DURANTE LA ENTREVISTA** **SI** **NO**

Ideación Suicida presente  
Intento Suicida reciente  
Planeación Suicida presente  
Acceso a objetos o sustancias letales  
Conductas Suicidas Previas  
Problemas Actuales percibidos como sin solución  
Alucinaciones de tipo comando (Suicidas / Homicidas)  
Uso Reciente de Drogas/Sustancias

Calificación total del EDAK: \_\_\_\_\_

Nivel de Riesgo Suicida Inmediato

\_\_\_\_\_ Alto  
\_\_\_\_\_ Moderado  
\_\_\_\_\_ Bajo

Decisión terapéutica \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PASO 5. PLAN DE SEGURIDAD Y CONTINGENCIA

---

La seguridad del paciente es sumamente importante y está por encima de cualquier otra consideración. He aquí algunas sugerencias para ayudar a que el adolescente deprimido esté seguro. Si el prestador de atención primaria se encuentra preocupado por la integridad del adolescente se debe obtener una consulta en un centro especializado en salud mental. (Ver más abajo).

### • **Tarjetas con lista de Contacto de**

**Emergencia:** consiste en números de emergencia (por ejemplo, servicios de salud mental, salas de emergencia, etc.). Se puede anotar en una tarjeta de bolsillo que pueda ser llevada siempre por el joven. También pueden utilizarse otros métodos, como el mantener los teléfonos en mensajes de texto.

### • **Disponibilidad del Prestador de Salud:**

el suicidio y el riesgo surgen frecuentemente ante eventos estresantes. Una estrategia útil es permitir que el joven y/o sus padres tengan acceso fácil al prestador de salud mental de primer contacto (ya sea por teléfono o correo electrónico).

• **Líneas de Auxilio:** aunque no se ha demostrado que disminuyan el número de suicidios, estas pueden ser un recurso valioso para un joven en crisis. Si existe una línea de este tipo en su área facilite el número al adolescente para que se ponga en contacto en caso necesario.

• **Contrato de No Suicidio:** esta intervención, aunque popular entre algunos médicos, no ha mostrado disminuir las tasas de suicidio. Y no se recomienda su uso.

### SEÑALES PARA REFERIR

Son tres situaciones en las que se debe referir al joven con TDM para que sea atendido en un servicio especializado en salud mental. Los siguientes indicadores de referencia son solo una sugerencia, cada proveedor de servicios de salud de atención primaria debe identificar su propio nivel de seguridad/confort en relación al trabajo con adolescentes deprimidos, y tomar sus propias decisiones. Las sugerencias son las siguientes:

### REFERENCIA DE EMERGENCIA (REFERIR ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO SI EL PACIENTE PRESENTA:)

- Ideación suicida con intento o plan suicida.
- TDM con psicosis (presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes).

### REFERENCIA EN CASO DE URGENCIA (PUEDE HABERSE INICIADO EL TRATAMIENTO PERO AHORA DEBE HACERSE LA REFERENCIA):

- El paciente había respondido adecuadamente al tratamiento pero presenta una recaída aun estando bajo tratamiento.
- Ideación suicida persistente con o sin intento o plan suicida.
- Antecedentes familiares de Trastorno Bipolar.
- Antecedentes de intentos suicidas.
- Hipomanía.

### REFERENCIA COMÚN:

- Cuando el TDM no responde a la intervención inicial en el primer nivel de atención.

---

## PÁGINAS DE INTERNET SUGERIDAS

**1** Resources for families and health providers can be found on GLAD PC website [www.gladpc.org](http://www.gladpc.org)

**2** Texas TMAP website, and the Families for Depression awareness has a toolkit for families and patients at [www.familyaware.org/](http://www.familyaware.org/)

[parentandteenguide.php](http://parentandteenguide.php)

**3** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry – [www.aacap.org](http://www.aacap.org)

**4** Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health [www.teenmentalhealth.org](http://www.teenmentalhealth.org)

---

## LECTURAS SUGERIDAS

Albrecht, A. *Managing Crisis and Emergencies in the Course of Treatment*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 194–208.

Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, et al. *Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A Review of the Evidence* N Z Med J. 2007 Mar 23;120(1251)

Brooks, S. (2004) *The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)*. Child & Adolescent Psychopharmacology News, 9, 54, 4–6

Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2001). *Diagnosis and measurement of adolescent depression: A review of commonly utilized instruments*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 11, 341–376.

Brooks, S.J., Krulewicz, S., & Kutcher, S. (2003). *The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13, 337–349.

Carandang, C. & Martin, A. *Clinical Assessment of Children and Adolescents With Depression*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 23–42.

Cheung, A., Emslie, G. and Mayes, T. (2006) *The use of Antidepressants to Treat Depression in Children and Adolescents*. Can Med Assoc Journal, 174: 193–198.

Cheung, A. & Zuckerbrot, R. *Managing Depression in Primary Care*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 253–273.

Emslie, G., Rongrong, T., Croarkin, P. & Mayes, T. *How to use Medication to manage Depression*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 69–86.

---

Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., et al. *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behavior therapy in adolescents with major depression: randomized controlled trial* BMJ. 2007 Jul 21; 335(7611):142.

Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., et al. *Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years*, J. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2003), 42:4, 386–405.

Kutcher, S., Chehil, S. *Adolescent Depression and Anxiety Disorders* in Neinstein, L. S. et al *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 5th edition. Wolters, Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia, 2008. pp. 994–1017.

Kutcher, S., Chehil, S. (2006) *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Wiley-Blackwell.

Kutcher S, Gardner DM. *SSRI Use and Youth Suicide: Making Sense of a Confusing Story Current Opinion in Psychiatry*. 2008 Jan; 21(1):65–9.

Kutcher, S., McDougall, A. & Murphy, A. *Preventing, detecting, and managing side effects of medication*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 174–193.

Kutcher SP, Szumilas M. *Youth suicide prevention* CMAJ. 2008 Jan 29; 178(3):282–5

Lau, J., Eley, T. (2008) *Disentangling gene-environment correlations and interactions on adolescent depressive symptoms* Journal of Child Psychology and Psychiatry 49 (2), 142–150

LeBlanc, J.C., Almudevar, A., Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2002). *Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory* Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 12, 113–126.

MacMaster FP, Kusumakar V. (2004) *Hippocampal volume in early onset depression* BMC Med. Jan 29; 2:2

Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., et al (2005) *Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review*, Journal of the American Medical Association, Vol. 294, No. 16

March, J., Silva, S., Petrycki, S., et al (2004) *Treatment for Adolescent with Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial*. JAMA; 292(7): 897–820.

Masi, G, Liboni F and Brovedani P. *Pharmacotherapy of major depressive disorder in adolescents*. Expert Opin Pharmacother; 2010 February; 11 (3) 375–86.

---

Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009.

Scahill L, Hamrin V, Pachler ME. *The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Children and Adolescents with Major Depression* J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2005 Apr-Jun; 18(2):86-9.

Spielmanns G., Pasek L. F., McFall J.P. *What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review* Clin Psychol Rev. 2007 Jun; 27(5):642-54.

Weiss, J.R., McCarty, C.A. and Valeri, S.M. (2006) *Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: a Meta-analysis*. Psychol Bull. 132 (1): 132-149.

Zalsman G, Oquendo MA, Greenhill L, et al *Neurobiology of Depression in Children and Adolescents* Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006 Oct;15(4):843-68,

## APÉNDICE I: ESTUDIO DE CASO

---

### CASO: ABRIL 15, 2006

MJ es una chica de 16 años que llega para control de natalidad. Admite ser sexualmente activa desde hace un mes, y aunque su novio usa condón le ha sugerido tomar la píldora. Su historia clínica es impecable salvo por múltiples problemas somáticos (dolores de estómago y cabeza) y dos episodios cortos de rechazo a la escuela (en primer y tercer grado). Siempre ha sido algo tímida y ansiosa pero no ha sido diagnosticada con trastorno de ansiedad. Hace 11 años su madre fue tratada exitosamente por un episodio depresivo mayor, con fluoxetina. Su padre ha tenido problemas con abuso de alcohol pero no reúne los criterios para dependencia o abuso de alcohol.

**Detalles:** Esta adolescente tiene mayor riesgo de depresión ya que la madre tuvo TDM, por sus síntomas de ansiedad notables en la infancia y quizá por la historia de abuso de alcohol del padre. Aunque llega contigo por control de natalidad, la información que tienes de su historia familiar te facilita informarle a ella y a su familia sobre su estatus de riesgo alto (ver Tabla de Identificación de Riesgo) y ofrecer las intervenciones de mejora de salud como las actividades de bienestar mental halladas en la “Receta para Mejora del Estado de Ánimo” de este programa. Además, puedes darle a ella y su familia información sobre los recursos (ver páginas de internet en este programa) para que las revisen y discutan. Idealmente, querrán hacer una cita a futuro contigo para saber qué señales indican el inicio de la depresión y qué hacer si sospechan que MJ se está deprimiendo. En este sentido, se puede programar visita cada 4-6 meses.

### CASO: JULIO 24, 2006

La madre de MJ llama diciendo que la chica ya no es la misma, ha estado deambulando por la casa, ha perdido el apetito y parece infeliz. La madre lo atribuye a la ruptura con el novio. Agendas una cita con MJ en la oficina. Su puntuación de EDAK-6 es de 8, y el IVaRS-A no registra conflictos urgentes relacionados con el suicidio. MJ pasa la hora hablándote de lo mal que se siente tras la ruptura con el novio y sobre un pequeño episodio de pánico que tuvo cuando lo vio en un centro comercial.

**Detalles:** La pregunta es si MJ ha estado deprimida durante este tiempo o está mostrando mal-estar tras la ruptura amorosa. Se puede iniciar el esquema de monitoreo diagnóstico utilizando el EDAK como se comenta en el “Acercamiento clínico al posible TDM Adolescente en Atención Primaria”. En este momento se puede planear una visita para brindar una intervención psicoterapéutica breve pasada en el modelo APA y aplicar la “Receta para mejoría del estado del ánimo”. Esto permitirá monitorearla durante un tiempo y lograr una alianza terapéutica que servirá en el futuro, también servirá para hablar sobre el tema de confidencialidad y requerirá del involucramiento por parte de los padres. Planeé verla una semana después de esta cita y recuérdle que puede llamar en caso necesario.

---

### CASO: AGOSTO 4, 2006

MJ viene a su cita de seguimiento. El puntaje de EDAK es de 3 y se encuentra ansiosa porque ira a pasar las vacaciones con su familia en una cabaña.

**Detalles:** Claramente se puede ver que se trató de un episodio de malestar y no del inicio de un trastorno. No se requiere otra intervención más que repasar con ella lo que debe hacer en un futuro si se empieza a sentir deprimida.

### CASO: NOVIEMBRE 13, 2007

La madre de MJ llama preocupada por el pobre desempeño escolar, de su hija durante el último mes. MJ ha partido a la Universidad pensando que todo estaría bien pero la semana pasada su consejero les llamó comentando que MJ estaba faltando a muchas de sus clases, y que uno de sus amigos pedía ayuda ya que MJ estaba alejándose de ellos y quedándose sola en su cuarto a beber. En ese momento, agendas una cita para ver a la chica.

Cuando ves a MJ comenta que durante 6 semanas a estado deprimiéndose cada vez más, con trastornos del sueño, pérdida del apetito, fatiga y pérdida de interés en la escuela y en actividades sociales. Ha perdido muchas de sus clases las últimas dos semanas y admite beber mucha cerveza diariamente argumentando que “la hace sentir mejor”.

Su puntaje de EDAK es de 12 y confirma muchos de los reactivos del IVaRS-A (incluyendo pensamientos ocasionales de que la vida no vale la pena), lo que provoca preocupación sobre su bienestar, aunque no está activamente suicida. Usando el TeFA como guía, estableces que ha desarrollado problemas funcionales importantes en varias áreas. No está psicótica y niega uso de drogas. Hablan sobre su posible depresión y programas una nueva cita dentro de 3 días para llevar a cabo una evaluación más completa. La invitas a llamarte si se siente mal y planificas el platicar sobre la situación con sus padres, quienes además deberán monitorearla en casa. Les vuelves a dar información referente a sitios de internet enumerados en este programa y los invitas a leer sobre la depresión y su tratamiento.

**Detalles:** Parece que MJ está desarrollando un episodio depresivo mayor. Has llevado a cabo una evaluación sobre su seguridad y la necesidad de canalizarla, has establecido un curso en el tiempo para el problema, iniciado una valoración de la gravedad de los síntomas, así como conducido una evaluación de su funcionamiento. Has comprometido tanto a MJ como a su madre en una relación cooperativa contigo para atender sus problemas y han aceptado iniciar un ejercicio educativo que los traerá a la siguiente cita con más información, preguntas y quizá disposición para iniciar el tratamiento.

Ya que en tu práctica clínica tiene acceso a los servicios de una trabajadora social discutes el caso de MJ con ella y le pides que asista a la siguiente consulta.

---

### CASO: NOVIEMBRE 16, 2008

El día de hoy, la puntuación de MJ en la EDAK es de 14 y está presentando pensamientos sobre la muerte más frecuentes aunque sin planes o ideas suicidas. El IVaRS-A permanece sin cambios con respecto a la última visita. Junto con la historia y los puntajes elevados de la EDAK, decides que es probable que tenga trastorno depresivo mayor y aplicas el EDAK 11 para determinarlo. Discutes las opciones de tratamientos con MJ y acepta asistir a terapia de apoyo con una trabajadora social así como tomar fluoxetina, ya que ha leído sobre el trastorno y su tratamiento. Tiene preguntas sobre el uso del medicamento –principalmente, la posibilidad de volverse adicta– que resuelves de manera satisfactoria. Completas la valoración a través del EFA y la Breve Lista de Efectos Secundarios (EsES-CK) y recomiendas la fluoxetina utilizando “Iniciando y Continuando el Tratamiento con Fluoxetina” (“Initiating and Continuing Fluoxetine Treatment”) tal como se describe en el programa. Revisas las fechas posibles en las que se debe esperar una mejoría y agendas una cita para la siguiente semana con MJ y la trabajadora social utilizando el marco de trabajo APA, mientras MJ inicia la terapia de apoyo como se acordó.

**Detalles:** Aunque no seguiste al pie de la letra los tres puntos de sugerencias del EDAK, la modificación hecha es válida por el contexto histórico de la chica así como por los puntajes persistentemente elevados. El uso del IVaRS-A te proporcionó una visión general comprensiva sobre los recursos que puedes utilizar para evaluar el riesgo suicida y cómo preparar a los padres y a la misma MJ para un posible episodio depresivo (visita de abril 15, 2006), así como a identificar e intervenir de manera temprana. Lo anterior ha sido facilitado por la alianza terapéutica, establecida previamente de manera positiva tanto con MJ como con su madre, lo que motiva que se acepte tu ayuda. El hecho de que hayas involucrado a la trabajadora social fue muy apropiado, así como el educar a MJ y a su madre sobre el tema de la depresión. Quizá esto ayudó a que el tratamiento fuese bien aceptado por parte de la madre y la hija. Así mismo, el que le des seguimiento utilizando la evaluación de los efectos secundarios facilita la posibilidad de monitorear problemas relacionados al tratamiento. El que los trabajadores sociales utilicen como guía el APA promueve que la terapia de apoyo y la farmacoterapia sigan una misma dirección.

### CASO: NOVIEMBRE 24, 2008

MJ va a tu despacho para un seguimiento. Su puntaje EDAK es de 14 y no ha habido cambio alguno en la valoración de riesgo suicida utilizando la IVaRS-A. Revisas la escala de efectos secundarios y notas que, aunque se queja de dolor de cabeza, su puntaje es el mismo que antes del tratamiento. Te guías por con el APA para discutir ciertos puntos y descubres su preocupación por los efectos secundarios mediante el uso de la lista de efectos secundarios. Revisas las expectativas de tiempo en que la mejoría debe ser notoria y agendas una cita para la siguiente semana. La joven comenta que la intervención de la trabajadora social fue de gran ayuda. La motiva a llevar a cabo la “Receta de Mejora del Estado de Ánimo” lo más que pueda, mientras llega la siguiente cita y la invitas a llamarte si se siente peor o con ideas suicidas.

**Detalles:** Aquí se ilustra la importancia de la lista de efectos secundarios. Ésta les ha ayudado a

---

saber que los dolores de cabeza no se relacionan con el fármaco, sino que ya los presentaba desde antes, favoreciendo el que el paciente se comprometa con el tratamiento. Es importante estar revisando el tiempo de espera para las mejorías ya que éstas pueden demorar algunas semanas. Durante estas semanas, las visitas semanales a tu despacho así como el acercamiento a la trabajadora social pueden guiarse con la tabla de “Monitoreando el Tratamiento” que se encuentra descrito en el programa, con el cual puedes llevar un registro de su progreso, tanto de los síntomas como del funcionamiento, así como los eventos emergentes que pueden obstaculizar el tratamiento. Durante este periodo se requiere de mucho apoyo, disponibilidad en situaciones de emergencia, monitoreo apropiado del riesgo suicida y citas semanales para reevalorar. Este tipo de intervención de apoyo es necesaria en los adolescentes, cuyo tratamiento empieza a hacer efecto aproximadamente 12 semanas de haber iniciado el medicamento, por lo que es importante conservar la relación de confianza y compromiso durante ese lapso de tiempo.

### **CASO ENERO 12, 2009**

Ves a MJ el día de hoy. Su puntaje de EDAK es de 3 y se ha mantenido en 5 ó menos desde hace 3 semanas. Comenta que últimamente es capaz de concentrarse mucho mejor y siente ánimos de regresar a clases. Toma 20 mg de fluoxetina diarios y lo tolera bien. Continúa viendo a la trabajadora social pero ha decidido asistir a las sesiones cada dos semanas en vez de cada semana. Su funcionamiento (monitoreado a través del EFA) ha mejorado significativamente. Quiere regresar a la escuela y pide tu consejo sobre cómo llevarlo a cabo, también te pregunta por cuánto tiempo tomará el medicamento.

**Detalles:** La duración del tratamiento médico después de una recuperación o remisión es un tema importante. Existe mucha información disponible sobre este tema. Se sugiere que el tratamiento se mantenga de 6 a 9 meses con la misma dosis para evitar recaídas. Las distintas investigaciones han propuesto que el riesgo de sufrir un segundo episodio depresivo en un rango de 5 años es del 70%, por esto el énfasis en continuar la medicación. Si existe la posibilidad de que MJ asista a TCC (Terapia Cognitivo-Conductual) sería muy positiva, a pesar de que ya este mejorando. Esta fase del tratamiento está dedicada a prevenir otro episodio y maximizar la recuperación. Se puede recomendar al joven no saturarse con los estudios de tal forma que no se abrume con tensiones adicionales. Sería bueno que se le hiciera un seguimiento en el colegio, ya sea a través de un centro de salud para estudiantes o por servicios de orientación escolar, manteniendo así una estrategia preventiva. Se debe estar alertas ante signos de recaída. Podrías revisar cómo se dio el primer episodio para poder estar pendiente de las primeras señales y ayudar a MJ a identificarlas para buscar ayuda rápidamente.

A algunos pacientes les funciona comunicarse con su prestador de atención primaria cuando regresan del colegio –para confirmar el uso del medicamento y monitorear proactivamente su salud mental. Si después de 6–9 meses decide concluir el uso del medicamento, debe recomendársele que lo haga paulatinamente (en un periodo de 6–8 semanas) y que no lo haga en momentos de tensión intensa (como exámenes).

## ALGORITMO PARA INICIAR Y MONITOREAR EL TRATAMIENTO CON FLUOXETINA

### DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR (CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR O CI)

Use APA y PMEA a lo largo del tratamiento.

Inicie con APA al menos por 3 semanas. EDAK > 6, presencia de síntomas de forma significativa y/o EFA muestra disminución en la funcionalidad.

Evalúe la funcionalidad con EFA y una evaluación basal de síntomas adversos con EsES-CK



Inicie Fluoxetina a 10 mg diarios por 1 – 2 semanas. (Si el paciente presenta ansiedad de manera significativa, inicie con una dosis menor 5mg, manténgala por 2 semanas y continúe aumentando la dosis como se indica a continuación).



Aumente la Fluoxetina a 20mg por día, preferentemente por la mañana y mantenga la dosis por 1 -2 semanas.



Continúe la Fluoxetine a 20 mg al día por 8 semanas. (Si los efectos adversos están generando mucho problema, reduzca la dosis a 15 mg al día por una semana y después aumente a 20mg. Si los síntomas adversos continúan, mantenga la dosis de 15 mg diarios por 8 semanas).



Si los síntomas depresivos no han mejorado después de 8 semanas de tratamiento, aumente la dosis de 10 mg en 10mg cada 2 semanas hasta un máximo de 40 mg por día.



Depresivos continúan causando mucho malestar o existe riesgo suicida, refiera al paciente a un especialista de la salud mental.

**NOTA.** El uso de antidepresivo en jóvenes en ocasiones puede causar pensamiento o comportamiento suicida.

---

## CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

**A** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1** Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- 2** Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- 3** Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- 4** Insomnio o hipersomnia casi cada día
- 5** Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- 6** Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- 7** Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- 8** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- 9** Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

**B** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

**C** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**E** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.



©Este material se encuentra bajo derechos de autor. Este material no puede ser alterado, modificado o ser sujeto a venta. El material puede ser utilizado por los jóvenes y sus padres para los propósitos necesarios. El material puede ser utilizado por los proveedores de salud con fines clínicos. El material puede ser utilizado para fines educativos o similares. El uso de este material, completo o parcial, para un fin diferente de los indicados anteriormente, requiere la obtención de un permiso escrito por parte del autor. Dr. Stan Kutcher. (skutcher@dal.ca)