

# 5. Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor

## **Preguntas para responder:**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión en niños y adolescentes?
- ¿Cuáles son las escalas más utilizadas en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes?
- ¿El cribado de la depresión en niños y adolescentes mejora los resultados a largo plazo?

## 5.1. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención<sup>60,61</sup>. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión<sup>62,63</sup>.

### 5.1.1. Factores familiares y del entorno

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

#### Riesgos familiares

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia<sup>62,64,65</sup>. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor<sup>63,66</sup> y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño<sup>67</sup>.

El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión<sup>67</sup>.

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño<sup>62,66,68</sup>. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo<sup>62-66,68-71</sup>.

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes<sup>62</sup>.

Riesgos en relación con el entorno

La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social<sup>62</sup>.

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja.

No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano<sup>72</sup>.

El acoso por parte de iguales o *bullying* y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión<sup>69</sup>.

Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los reclusos en instituciones de seguridad<sup>62</sup>.

Por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión<sup>72</sup>.

### 5.1.2. Factores individuales

#### Sexo

Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino<sup>69</sup>. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos<sup>62,63</sup>.

#### Factores de riesgo genéticos y bioquímicos

Como ya se ha comentado anteriormente, hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental<sup>66</sup>. Sin embargo, la información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia<sup>62</sup>.

No obstante, no queda claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, estudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos<sup>63</sup>. Sin embargo, el mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido<sup>73</sup>. Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión<sup>74</sup>, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente<sup>73</sup>.

Existe alguna evidencia que indica que alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Así se han visto alteraciones de la función serotoninérgica en niños con historia familiar de depresión. Por otra parte, niveles incrementados de cortisol y de dehidroepiandrosterona predicen el comienzo de la depresión en subgrupos de adolescentes con riesgos psicosociales elevados de presentarla<sup>62,70</sup>. También parecen existir alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de depresión<sup>63</sup>.

Factores psicológicos

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión.

La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas<sup>63</sup>.

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características<sup>62,63</sup>.

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes<sup>62, 63</sup>. Finalmente, aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje<sup>62</sup>, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión<sup>63, 66, 70</sup>.

Para concluir, la tabla 10 resume los principales factores personales implicados en la depresión en niños y adolescentes, clasificados como factores de vulnerabilidad, de activación y protectores<sup>62</sup>.

## 5.2. Evaluación

La evaluación de la depresión infantojuvenil puede tener una finalidad diagnóstica, cuando el objetivo es comprobar la presencia o ausencia de unos criterios diagnósticos (normalmente CIE o DSM), puede realizarse con la finalidad de cuantificar la frecuencia o gravedad de los síntomas y/o tener como objetivo la realización de un cribado diagnóstico.

La evaluación de la depresión mayor en la infancia y adolescencia, aunque comparte los objetivos de cualquier evaluación en salud mental, tiene algunas características especiales. Así, es importante tener en cuenta que los síntomas depresivos se expresan en los niños de forma diferente que en los adultos, en parte debido a la capacidad limitada de reconocer y comunicar emociones y pensamientos negativos, sobre todo en aquellos de menor edad.

**Tabla 10. Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil**

**Factores de vulnerabilidad** (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad):

- Factores genéticos
- Historia de trastorno afectivo en los padres
- Sexo femenino
- Edad post-puberal
- Antecedentes de síntomas depresivos
- Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino
- Afectividad negativa
- Pensamientos de tipo rumiativo.

**Factores de activación** (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acotencimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad):

- Conflictos conyugales
- Desestructuración familiar
- Acoso o humillación
- Situaciones de abuso físico, emocional o sexual
- Consumo de tóxicos.

**Factores de protección** (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación):

- Buen sentido del humor
- Buenas relaciones de amistad
- Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia
- Logros personales valorados socialmente
- Nivel de inteligencia normal-alto
- Práctica de algún deporte o actividad física
- Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.

Fuente: Elaboración propia y adaptado de NICE<sup>62</sup>

Debido a esto, es importante obtener información de diferentes fuentes además del niño. Se debe contar con la información de los padres y de los profesores y orientar la evaluación hacia síntomas que tienen que ver con problemas de conducta (agresividad, rendimiento escolar...) o hacia aspectos como las quejas somáticas y el retraimiento social, aunque los aspectos cognitivos también deben ser cuantificados.

### 5.2.1. Métodos de evaluación

Existen diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, fundamentalmente, cuestionarios autoinformados (auto o heteroaplicados) y entrevistas con diferente grado de estructuración. El instrumento de evaluación que se elegirá, dependerá fundamentalmente del objetivo de ella.

Algunos instrumentos de evaluación son más generales y otros más específicos, y algunos presentan versiones reducidas para disminuir el tiempo empleado en su realización<sup>66</sup> e incluso pueden ser empleados en diferentes ámbitos, no solo en el ámbito clínico<sup>62,75</sup>.

#### Cuestionarios de depresión

Uno de los métodos de evaluación más empleados son los cuestionarios. Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes, así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual y/o fisiológica.

Los cuestionarios de evaluación de la depresión tienen diferentes utilidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos (monitorización de síntomas), realizar cribado e incluso, cualificar el tipo de trastorno.

En la tabla 11 se exponen algunos de los cuestionarios que pueden ser empleados para la evaluación de la depresión.

#### Instrumentos basados en entrevistas

Las entrevistas clínicas varían de acuerdo con el grupo de edad al que van dirigidas, y según su formato pueden ser entrevistas semiestructuradas o estructuradas. Actualmente son muy empleadas, ya que tienen la ventaja de que permiten la homogeneización de los datos (tabla 12).

La mayor parte de ellas se fundamentan en alguno de los sistemas diagnósticos y en líneas generales ofrecen al clínico una guía para preguntar y registrar la información obtenida, lo que permite establecer un diagnóstico y estudiar la comorbilidad. Estas entrevistas requieren de entrenamiento para su utilización y deben ser empleadas por especialistas en salud mental.

**Tabla 11. Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes**

Nombre/autor, año.	Edad (años)	Nº de ítems	Características	Adaptación y validación al castellano
Children's Depression Inventory (CDI)/Kovacs, 1992 (76).	7-17	27 (larga) 10 (breve)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión modificada del BDI para su uso en niños y adolescentes.</li> <li>- La mayor parte de los ítems miden aspectos cognitivos, no mide aspectos biológicos ni conductuales.</li> <li>- Con diferentes puntos de corte según su finalidad (cribado o ayuda al diagnóstico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión corta: Del Barrio <i>et al.</i>(77)</li> <li>- Versión larga: Frías <i>et al.</i>(78)</li> </ul>
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)/Reynolds, 1987 (79).	13-17	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta un elevado porcentaje de falsos positivos (30%) al punto de corte de la depresión.</li> <li>- No es particularmente efectivo detectando cambios.</li> </ul>	Del Barrio <i>et al.</i> (1994) (80)
Reynolds Child Depression Scale (RCDS)/Reynolds, 1989 (81).	9-12	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión similar al RADS para su uso en niños.</li> <li>- En general peores cualidades psicométricas que el RADS.</li> </ul>	Del Barrio <i>et al.</i> (1996) (80)
Beck Depression Inventory-2 <sup>nd</sup> ed (BDI-II)/Beck <i>et al.</i> 1996 (82).	13-18	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma más reciente, próxima al DSM-IV, diseñada para realizarse en 10 minutos.</li> <li>- Diferencia de forma precisa adolescentes que pueden sufrir depresión de aquellos con una probabilidad más baja.</li> </ul>	Sanz <i>et al.</i> (83-85)
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)/Le Blanc <i>et al.</i> , 2002 (86).	6-18	16 (larga) 6 (breve)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buena fiabilidad y validez.</li> <li>- La versión corta podría ser efectiva para descartar la depresión en muestras comunitarias y ha obtenido mejores resultados que el BDI.</li> </ul>	Sin datos
Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-A)/Johnson <i>et al.</i> , 2002 (87).	13-18	83	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionarios PHQ basados en el DSM-IV.</li> <li>- Diseñado para su utilización en atención primaria.</li> <li>- Incluye ítems sobre depresión y otros trastornos frecuentes de la adolescencia.</li> </ul>	Sin datos
Escala para la evaluación de la depresión para maestros (EDSM)/Domènech y Polaino, 1990 (88).	8-12	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los ítems se refieren a depresión, alegría y popularidad.</li> <li>- Sus autores han obtenido cuatro factores: rendimiento, interacción social, depresión inhibida y depresión ansiosa.</li> <li>- Los puntos de corte varían según la edad.</li> </ul>	Elaborada para población española.

<b>Center for Epidemiological Studies –Depression Scale (CES-D)/Radloff, 1977(89).</b>	12-18	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin validez clara y con puntos débiles en adolescentes.</li> <li>- En el grupo de edad más joven mide sintomatología depresiva más que depresión.</li> <li>- Adaptado y validado en castellano.</li> </ul>	Soler <i>et al.</i> (90)
<b>Preschool Symptoms Self-Report (PRESS)/Martini <i>et al.</i>, 1990 (91).</b>	3-7	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No específico de depresión.</li> <li>- Presentación pictórica.</li> <li>- 25 láminas, cada lámina tiene una versión de carácter alegre o triste, debe elegirse una de ellas.</li> <li>- Existe versión según sexo y para padres y profesores.</li> <li>- Buenas características psicométricas con población española.</li> </ul>	Pictórico: buenas características psicométricas en población española.
<b>Pediatric Symptom Checklist (PSC)/Jellinek <i>et al.</i>, 1979 (92).</b>	3-16	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión para padres y para adolescentes.</li> <li>- Ventajas: brevedad y capacidad de cribar diferentes aspectos psicosociales y del comportamiento.</li> <li>- No diseñada para identificar enfermedades mentales específicas.</li> </ul>	Sin datos
<b>Child Behavior Checklist (CBCL)/Achenback, 1985 (93).</b>	4-18	133	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La versión original es para padres, pero existe una versión para profesores y otra autoaplicada para adolescentes de 11-18 años.</li> <li>- Incluye ítems sobre algunas manifestaciones de depresión.</li> <li>- Ventajas: aporta información sobre problemas conductuales o comportamiento social.</li> </ul>	Rubio-Spítec <i>et al.</i> (94)
<b>Youth Self-Report (YSR)/ Achemback <i>et al.</i>, 1987 (95).</b>	11-18	120	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoinforme, se complementa con las versiones del CBCL dirigidas a los padres.</li> <li>- Incluye ítems sobre adaptación social y problemas de conducta y emocionales.</li> <li>- Ventajas: puede complementarse con las versiones del CBCL para padres y profesores.</li> </ul>	Lemos <i>et al.</i> (96)
<b>Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)/Wood <i>et al.</i>, 1995 (97).</b>	8-18	33 (larga) 13 (breve)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formato para hijos y padres.</li> <li>- Buena validez diagnóstica.</li> <li>- Con diferentes puntos de corte según se trate de adolescentes o niños más pequeños.</li> </ul>	Sin datos

Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes<sup>62, 66, 68, 98-101</sup>

**Tabla 12. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas utilizadas en la depresión de niños y adolescentes**

Nombre/autor, año.	Edad (años)	Tiempo (horas)	Características	Adaptación y validación al castellano
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)/ Kaufman <i>et al.</i> , 1997 (102).	6-18	1,5-3	- Semiestructurada. - Procedimiento fiable y válido para la evaluación diagnóstica de la depresión. - Consume mucho tiempo, no idónea para realizar diariamente en la consulta.	Ulloa <i>et al.</i> (103)
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)/Costello <i>et al.</i> , 1985 (104).	6-17	1-2	- Estructurada. - Ventaja: puede ser realizada por personal no sanitario con breve entrenamiento.	Bravo <i>et al.</i> (105)
Diagnostic Interview for Children and Adolescents –Revised (DICA-R)/ Herjanic y Reich, 1991 (106).	6-18	1-2	- Estructurada. - Versión para padres e hijos. - Buena validez en adolescentes. - Parece tener tendencia a infradiagnosticar adolescentes, mientras que sobrediagnostica trastornos externalizantes.	Ezpeleta <i>et al.</i> (107)
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)/ Angold y Costello, 2000 (108).	9-17	1-2	- Estructurada. - Versión para padres e hijos - Fiable diagnosticando la depresión. - Glosario detallado para los entrevistadores.	Sin datos
Development and Well-Being Assessment (DAWBA)/ Goodman <i>et al.</i> , 2000 (109).	5-16	—	- Entrevista estructurada y preguntas abiertas. - Conjunto de cuestionarios, entrevistas y escalas de gradación diseñadas para generar diagnósticos psiquiátricos basados en la CIE-10 y en la DSM-IV en niños de 5-16 años.	Sin datos
Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R)/ Poznanski <i>et al.</i> , 1984 (110).	6-12	0,5	- Semiestructurada. - Evalúa el grado de gravedad de depresión. - Puntúa información verbal y no verbal (tiempo del habla, hipoactividad, expresión no verbal de afecto depresivo).	Polaino y Domenech (111)

Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes<sup>58, 94, 96, 97</sup>

### 5.2.2. Cribado de la depresión

Diferentes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto un posible infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión en un elevado porcentaje de niños y adolescentes. Estudios realizados en EE.UU. muestran que solo el 50% de los adolescentes con depresión se diagnostican antes de llegar a la edad adulta y que dos de cada tres jóvenes con depresión no se detectan en atención primaria<sup>65</sup>.

Debido a esto, se ha propugnado el empleo de instrumentos capaces de realizar un cribado que permita la detección precoz de pacientes con depresión, con la finalidad de que los pacientes reciban el tratamiento adecuado, o incluso para realizar intervenciones preventivas en aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar depresión mayor<sup>68</sup>.

Es importante plantearse si la realización de un cribado mejoraría los resultados en los niños y adolescentes con depresión<sup>112, 113</sup> y si debería realizarse de una forma amplia (a toda la población general, es decir, a todos los pacientes que acuden la consulta) o de una forma limitada (únicamente a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo).

Existen pocos datos comparativos entre diferentes cuestionarios para su utilización como instrumentos de cribado en la infancia y adolescencia. La guía NICE considera el MFQ uno de los cuestionarios más estudiados y más sólidos para realizar el cribado entre los adolescentes<sup>62</sup>, aunque en España no ha sido aplicado con este fin. En cuanto al cribado de la depresión en niños, la guía NICE no recomienda el uso de ningún cuestionario autoinformado.

En nuestro país el CDI ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y ha demostrado tener un alto poder diferenciador entre niños normales y deprimidos<sup>111</sup>. No obstante, este cuestionario tiene algunas limitaciones, entre las que destaca la ausencia de ítems relacionados con aspectos conductuales y biológicos, puesto que se centra en aspectos cognitivos<sup>100</sup>.

Con relación a quién debe ir dirigido el instrumento de cribado para lograr los mejores resultados, existe un consenso generalizado en que se debe preguntar sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando ambos grupos de respuesta para lograr una mejor estimación<sup>62, 64, 65, 68</sup>, fundamentalmente, en edades por debajo de los 14 años<sup>68</sup>. Si el instrumento de cribado se dirige únicamente a los padres, se tiende a detectar pocos casos de depresión (falsos negativos), mientras que, si solo se dirige niños o adolescentes, es probable que se detecten casos que no presentan la patología (falsos positivos).

Otros informadores potenciales podrían ser los profesores, amigos o hermanos<sup>64, 114</sup> y entre estos, preferentemente aquellos que tengan una relación más íntima, puesto que podrían informar con mayor fiabilidad<sup>62</sup>. Con respecto al cribado en el ámbito escolar, en un ensayo clínico aleatorizado y controlado se observó que el entrenamiento de profesores para detectar la depresión en adolescentes no mejoró su habilidad para reconocer esta patología entre los alumnos<sup>112</sup>.

En todo caso, estos instrumentos de cribado servirían únicamente para detectar una posible depresión, y sería necesario realizar posteriormente un diagnóstico mediante la entrevista clínica<sup>64, 65, 115</sup>.

Algunos autores proponen que los médicos de atención primaria deben realizar un cribado a los adolescentes con riesgo elevado de depresión durante las visitas a la consulta<sup>65</sup>, mientras que diferentes organismos como la *U.S. Preventive Services Task Force*<sup>116</sup> o la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*<sup>117</sup>, consideran que la evidencia científica actual es insuficiente, tanto para recomendarlo como para no hacerlo.

Debido a esta inexistencia de estudios que evalúen la efectividad de los programas de cribado, de forma general, no se recomienda realizar programas de cribado de depresión ni en la población general ni en niños o adolescentes de alto riesgo, aunque sí se recomienda de forma individualizada, realizar una búsqueda activa de la sintomatología depresiva en aquellos pacientes con factores de riesgo.

### Resumen de la evidencia

3	La depresión en niños y adolescentes presenta factores de riesgo múltiples correlacionados entre sí, lo que hace improbable que un solo factor de riesgo pueda explicar el desarrollo de la depresión o que su control sea suficiente para prevenir la depresión (62, 63).
3	En el entorno familiar, se consideran factores de riesgo de depresión la existencia de depresión en los padres, los conflictos conyugales, las dificultades relacionales entre uno de los padres y el niño, la presencia de abuso físico, emocional y sexual, la negligencia en el cuidado, así como eventos vitales negativos, como el divorcio o la separación conflictivos de los padres (62-66, 68-71).
3	Son también factores de riesgo la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo, el acoso y la humillación, vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, tener problemas de salud o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja, así como sufrir la pérdida de amistades, o la muerte de un familiar o amigo (62-66, 69-72).
3	Ser del sexo femenino, fundamentalmente en la primera etapa de la adolescencia, tener historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental y ciertas alteraciones bioquímicas u hormonales podrían considerarse factores de riesgo individuales, así como también una serie de factores psicológicos, como la afectividad negativa o neuroticismo. Niveles subclínicos de síntomas depresivos incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes (62, 63, 69, 70, 73).
3	Se han utilizado diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, fundamentalmente cuestionarios autoinformados o entrevistas semiestructuradas (62, 66, 75).
3	Existen pocos cuestionarios autoaplicados válidos, fiables y específicamente desarrollados para evaluar la depresión en niños menores de seis años (62, 68).

1+	Dentro de los cuestionarios autoaplicados para el cribado de la depresión, la guía NICE propone el MFQ, como el cuestionario más estudiado para su aplicación a adolescentes (62).
3	En nuestro país el CDI ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y ha demostrado tener un alto poder diferenciador entre niños normales y deprimidos (111).
3	Las preguntas dirigidas a detectar precozmente síntomas depresivos deben realizarse de forma independiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando los dos grupos de respuestas para lograr una mejor estimación, fundamentalmente en edades por debajo de los 14 años (62, 64, 65, 68).
	No existen estudios controlados que demuestren que un programa de cribado mejore los resultados de salud en los niños y adolescentes con depresión mayor.

### Recomendaciones

D <sup>GPC</sup>	Los médicos de familia y pediatras de atención primaria deberían tener una adecuada formación que les permitiese evaluar aquellos niños y adolescentes con riesgo de depresión y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica.
D <sup>GPC</sup>	Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de otros factores de riesgo, los profesionales de atención primaria deberían realizar un seguimiento y fomentar la normalización de la vida cotidiana.
D <sup>GPC</sup>	Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos.
✓	El diagnóstico de depresión mayor debe realizarse mediante entrevista clínica. Los cuestionarios por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual.
✓	No se recomienda realizar cribado de depresión en niños ni en adolescentes de la población general, debido a la inexistencia de estudios que evalúen la efectividad del cribado.
✓	Se deberá realizar una búsqueda activa de sintomatología depresiva en aquellos niños y adolescentes que presenten factores de riesgo, preguntando sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a ellos como a sus padres.
✓	En niños mayores de 8 años y adolescentes, uno de los cuestionarios más utilizados y validado en castellano es el CDI. En adolescentes, se recomienda la utilización de cuestionarios autoaplicados y validados en nuestro entorno que permitan una detección precoz de síntomas depresivos. No obstante, no debe olvidarse que para un diagnóstico completo es necesario realizar una entrevista clínica.