

8. Otras intervenciones terapéuticas

Preguntas para responder:

- ¿Son efectivas las técnicas de autoayuda y otros tratamientos alternativos en la depresión del niño y del adolescente?
- ¿Es efectivo el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de los niños y adolescentes con depresión mayor?
- ¿Son efectivas las intervenciones en el ámbito familiar, social y del entorno?

8.1. Técnicas de autoayuda

La autoayuda tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud, con participación mínima por parte del terapeuta¹⁹⁴. Incluye el uso de material escrito (biblioterapia, folletos informativos), programas informáticos, material grabado en audio/vídeo o páginas web que ayuden a modificar las actitudes y comportamientos y consigan solucionar o mejorar los problemas. El material de autoayuda escrito para la depresión en la infancia y en la adolescencia es escaso¹⁹⁵.

La autoayuda guiada es una modalidad más completa, que utiliza el material de autoayuda, pero añade una orientación mínima por parte de un profesional, que monitoriza el progreso, aclara los procedimientos, responde las preguntas generales y presta apoyo o estímulo en el seguimiento de las recomendaciones de autoayuda¹⁹⁴. La guía NICE⁶² incluye un pequeño ensayo sobre autoayuda guiada que pone de manifiesto que esta terapia al compararla con un grupo control en lista de espera (durante 4 semanas) puede mejorar los síntomas depresivos.

8.1.1. Biblioterapia y utilización de material de autoayuda

Jorm *et al.*¹⁹⁶ realizaron una revisión sistemática en la que se evaluó la eficacia de diferentes técnicas de autoayuda y de otras intervenciones en la depresión del niño o adolescente. Los autores excluyeron todos aquellos estudios de baja calidad, como las series de casos y las opiniones de expertos. En lo referente a la biblioterapia, únicamente incluyeron un estudio de pequeño

tamaño muestral realizado en adolescentes con depresión y en el que se observó que la biblioterapia reducía los pensamientos disfuncionales, pero no los pensamientos automáticos¹⁹⁷.

Ahmead y Bower¹⁹⁸ realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis con el objetivo de determinar la eficacia de diferentes técnicas de autoayuda en el tratamiento de diferentes rangos de gravedad de depresión y ansiedad en jóvenes de 12 a 25 años. Incluyeron 6 ECA y 8 estudios cuasi experimentales de baja calidad metodológica. Los materiales de autoayuda consistieron en programas informáticos (cuatro estudios), biblioterapia (ocho estudios) o grabaciones de audio o video (dos estudios). No se observaron cambios significativos en la autoestima de los pacientes, en la cognición social (autoeficacia y locus de control), ni en los síntomas emocionales.

8.1.2. Otras técnicas o intervenciones

En este apartado se incluyen:

- Relajación y técnicas de distracción, que aunque pueden ser empleados de forma independiente, son componentes frecuentes de tratamientos que han demostrado su eficacia, como la TCC.
- Técnicas complementarias o alternativas, como el masaje, la musicoterapia o la utilización de ciertas dietas o nutrientes. En muchos casos, estas técnicas no están plenamente respaldadas por los sistemas sanitarios o no están incluidas en sus carteras de servicios.
- Participación en organizaciones de voluntarios, formación de grupos de apoyo de iguales, redes sociales y soporte familiar.

Se resumen a continuación los principales resultados de la revisión sistemática de Jorm *et al.*¹⁹⁶:

- **Relajación:** en dos ensayos aleatorizados se evaluó la eficacia de la relajación en adolescentes con depresión. En el primero¹⁹⁹, y en comparación con el masaje, la relajación tuvo efectos sobre la ansiedad, pero no sobre la depresión. En el segundo ensayo¹³⁰, la relajación se comparó con la TCC, y obtuvo un peor resultado que ésta. En dos estudios no aleatorizados se observaron menores puntuaciones en depresión tanto en los pacientes de los grupos de entrenamiento en relajación, de reestructuración o del grupo control. Tanto la relajación como el ver un vídeo relajante produjeron mejoría en la ansiedad, pero no en la depresión^{200, 201}.

- **Técnicas de distracción:** en un único estudio²⁰² se midieron los síntomas depresivos autoinformados en 75 pacientes con depresión, en 26 pacientes psiquiátricos sin depresión y en 33 controles sanos. Los tres grupos fueron expuestos a rumiación inducida o a técnicas de distracción, y se observó una mayor sintomatología depresiva tras la rumiación que tras las técnicas de distracción.
- **Masaje:** en tres ensayos de pequeño tamaño muestral^{199,203,204} se observó que el masaje reducía la sintomatología depresiva a corto plazo y producía efectos en la asimetría de las ondas del EEG (marcador de la vulnerabilidad para la depresión).
- **Arteterapia:** en un único estudio no se observaron diferencias entre esta técnica y las actividades recreativas informales en un grupo de 39 pacientes ingresados por conducta suicida²⁰⁵.
- **Musicoterapia:** un ensayo aleatorizado de pequeño tamaño muestral²⁰⁶, en el que se comparó la musicoterapia con la terapia cognitivo-conductual, observó una mayor reducción de síntomas de depresión entre los participantes asignados a la musicoterapia, si bien la calidad metodológica del estudio impide asegurar la eficacia del tratamiento.
- **Ácidos grasos omega-3:** se incluyó un único ensayo que incluyó 28 niños de 6-12 años con depresión que se distribuyeron aleatoriamente para recibir ácidos grasos omega-3 o placebo²⁰⁷. De los 20 pacientes analizados, 7 de 10 niños que recibieron ácidos grasos omega-3 presentaron una disminución en la escala CDRS mayor del 50%, mientras que ningún niño del grupo placebo presentó mejoría. Aunque la aportación de ácidos grasos omega-3 parece mejorar la sintomatología depresiva, la calidad metodológica del estudio impide asegurar la eficacia del tratamiento.
- **Terapia lumínica:** un estudio en el que se comparó la terapia lumínica con la relajación en 9 pacientes con depresión invernal y depresión no estacional, únicamente se observó mejoría en el grupo de depresión invernal²⁰⁸. En otro estudio se compararon 28 pacientes que recibieron terapia lumínica o placebo, y se observó mejoría en la sintomatología informada por los padres, pero no en la autoinformada²⁰⁹.

Por último, en una revisión sistemática, realizada por Morgan y Jorm²¹⁰, se abordaron diferentes tratamientos alternativos y técnicas de autoayuda para el tratamiento de la depresión (borraja, carnitina, cromo, ginkgo biloba, ginseng, lavanda, lecitina, azafrán, selenio, hierba de San Juan, vitaminas, cafeína y dieta baja en proteínas y rica en carbohidratos). Al ser realizada sin restricciones de edad, la mayoría de los estudios fueron en adultos, en general con una metodología de baja calidad y sin encontrar cambios significativos respecto al grupo control.

8.2. Ejercicio físico

Otra forma de autoayuda es la promoción de actividades dirigidas al mantenimiento de una buena salud mediante el ejercicio físico, dieta sana y otras formas de vida saludable, como evitar el tabaco, el alcohol y otras drogas y mantener un patrón de sueño adecuado. Estos aspectos suelen estar alterados por el propio trastorno depresivo, por lo que es importante incidir sobre ellos.

En líneas generales, el ejercicio y la actividad física se asocian con una mayor calidad de vida y con mejores resultados en la salud tanto física como mental²¹¹. Sin embargo, en niños y adolescentes los estudios son escasos y no siempre concluyentes y además, suelen estar realizados en población general o con depresión leve.

En el año 2006, Larún *et al.*²¹² realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar si el ejercicio físico reduce o previene la ansiedad o la depresión en niños y jóvenes. Incluyeron 16 ensayos aleatorizados con un total de 1191 participantes entre 11 y 19 años de edad. Las intervenciones fueron diferentes ejercicios aeróbicos, como caminar, correr, aeróbic o levantamiento de pesas. El período de intervención varió de seis a 40 semanas y el ejercicio se comparó con: ninguna intervención (ningún tratamiento, lista de espera o actividad física regular proporcionada por la escuela o la institución), ejercicio de baja intensidad o intervenciones psicosociales (grupo de discusión o de orientación).

En la población general, los autores observaron una diferencia estadísticamente significativa en puntuaciones de depresión a favor del grupo que realizó ejercicio físico aeróbico o con pesas, aunque los ensayos fueron en general de baja calidad metodológica y sumamente heterogéneos. En niños y adolescentes en tratamiento para la depresión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se hallaron diferencias, ni en la población general ni en niños bajo tratamiento, al comparar el ejercicio físico aeróbico o anaeróbico con el ejercicio de baja intensidad o la relajación, ni tampoco al comparar ejercicio físico en general con las intervenciones psicosociales.

Nabkasorn *et al.* (2006) realizaron un ensayo aleatorizado de diseño cruzado en 49 mujeres jóvenes de 18 a 20 años con depresión leve-moderada. Las participantes fueron aleatorizadas para realizar un régimen de ejercicio físico en grupo (cinco sesiones semanales de 50 minutos de carrera lenta) o bien actividades de la vida diaria durante 8 semanas. Posteriormente realizaron el régimen alternativo durante otras 8 semanas, y se observó una asociación estadísticamente significativa entre la realización de ejercicio físico y un descenso en la puntuación obtenida en una escala de depresión²¹³.

Por último, el estudio realizado por Johnson *et al.* en 1 721 chicas adolescentes de 12 años, no observó ninguna correlación significativa entre síntomas depresivos y actividad física²¹⁴.

La evidencia respecto a la eficacia del ejercicio físico es limitada, por lo que la conveniencia de su recomendación como parte de la estrategia terapéutica se valorará de forma individualizada, y siempre que la gravedad del cuadro no dificulte su realización.

8.3. Intervenciones familiares, sociales y del entorno

En la guía NICE se aborda mediante una revisión narrativa, el papel del soporte familiar y de las intervenciones sociales y del entorno en el tratamiento de la depresión del niño y del adolescente⁶². Sus autores consideran que a pesar de que las intervenciones familiares podrían ser estrategias preventivas útiles, existen pocos estudios al respecto y los existentes fueron realizados principalmente en EE.UU., por lo que resulta difícil extrapolar sus resultados a nuestro contexto. A pesar de ello, las limitadas evidencias disponibles sugieren que una intervención preventiva en niños o adolescentes con factores de riesgo psicosociales podría ser beneficiosa.

Los factores sociales y del entorno podrían tener un impacto sobre la salud mental de los niños y jóvenes, incluida la relación con sus grupos de iguales, situación laboral de los padres, cuestiones económicas o del vecindario, acoso por parte de iguales o problemas escolares. Hay estudios que consideran el acoso escolar como un factor predisponente y posible causa de la depresión en niños y adolescentes, y que señalan la eficacia de algunas intervenciones escolares contra el acoso. Sin embargo, las evidencias sobre una relación directa entre esos factores y la aparición de depresión son escasas.

Resumen de la evidencia

1-	La evidencia sobre la eficacia de las técnicas de autoayuda y de tratamientos alternativos en la depresión mayor en niños y adolescentes es muy limitada al existir pocos estudios de calidad metodológica (196).
1-	La realización de ejercicio parece reducir las puntuaciones de depresión en la población general de niños y adolescentes, aunque la heterogeneidad de los participantes, de las intervenciones empleadas y los distintos métodos de medición, limitan la posibilidad de establecer conclusiones (212).
2+/3	La limitada evidencia disponible sugiere un efecto beneficioso de las intervenciones preventivas en el ámbito familiar, social y del entorno (62).

Recomendaciones

✓	Se recomienda que todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de la depresión del niño o el adolescente dispongan de una adecuada formación que les permita aconsejar sobre todas aquellas formas de autoayuda potencialmente útiles para los pacientes, sus padres o cuidadores.
✓	La recomendación de intervenciones de autoayuda deberían formar parte de una estrategia integral de tratamiento.
D ^{GPC}	Se recomienda ofrecer información sobre las ventajas de la realización de ejercicio físico de forma regular a aquellos niños o jóvenes con depresión, siempre que la gravedad de esta no dificulte su realización.
✓	Se recomienda proporcionar también información sobre los beneficios de una nutrición equilibrada y el mantenimiento de un patrón de sueño adecuado.
✓	En la evaluación del niño o adolescente con depresión mayor se debería tener en cuenta el contexto familiar y social. También se debería valorar la calidad de las relaciones interpersonales del paciente, tanto con sus familiares como con sus amigos e iguales.
✓	Se recomienda preguntar siempre al paciente y a sus familiares sobre consumo de alcohol y de otras drogas, y sobre la existencia de antecedentes de acoso escolar, abusos o conductas autolesivas.