

Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Guía rápida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



MINISTERIO DE
SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
de Tecnologías y Prácticas de Salud

guiasalud.es

Instituto de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



avalia-t
Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias de España

Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización

Guía rápida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



MINISTERIO DE
SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
de Tecnologías y Prácticas del Sistema Nacional de Salud

guíasalud.es

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



avalia-t

Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias de Galicia

Esta Guía rápida es un producto derivado de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, desarrollada en el marco de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS y forma parte del Programa de Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ha sido elaborada por un grupo de trabajo coordinado por la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t) de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS).

En la página web de GuíaSalud (<http://portal.guiasalud.es>) pueden consultarse las diferentes versiones y materiales asociados a la GPC (versión completa, información para pacientes y material metodológico), junto con el Manual Metodológico de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Edición: 2018

Editores: Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NIPO: 680-18-039-1

Depósito legal: C 152-2018

Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Índice

1. Introducción	7
2. Preguntas para responder	15
3. Recomendaciones de la GPC	19
Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor	19
Perspectivas de pacientes y familiares	21
Cribado	21
Tratamiento de la depresión mayor	22
Tratamiento de continuación. Prevención de recaídas y recurrencia	27
Estrategias en la depresión que no responde al tratamiento	29
Depresión mayor con síntomas psicóticos	31
Otras intervenciones terapéuticas	31
4. Estrategias diagnósticas y terapéuticas	33
Algoritmo 1. Depresión mayor leve	35
Algoritmo 2. Depresión mayor moderada	38
Algoritmo 3. Depresión mayor grave	41
5. Tablas	43
Tabla 1. Factores de riesgo asociados a la depresión en niños y adolescentes	43
Tabla 2. Principales síntomas clínicos de la depresión infanto-juvenil en función de la edad	45
Tabla 3. Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-2)	47
Tabla 4. Criterios diagnósticos y de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10. Presentación sintomática según la edad	48

Tabla 5. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor y especificadores de gravedad/curso según DSM-5	51
Tabla 6. Diferencias entre adolescencia normal y con depresión clínica	54
Tabla 7. Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor	55
Tabla 8. Comorbilidades más frecuentes en la depresión mayor en niños y adolescentes	57
Tabla 9. Indicaciones de las agencias reguladoras sobre antidepresivos para depresión mayor en niños y adolescentes	58
Tabla 10. Dosis habituales de los ISRS para la depresión mayor en población infanto-juvenil	59
6. Anexos	61
Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación	61
Anexo 2. Autoría y colaboraciones	63
Anexo 3. Abreviaturas	69

1. Introducción

Esta nueva Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia actualiza la primera versión, publicada en 2009, y la sustituye. Es el resultado del trabajo de un grupo multidisciplinar de profesionales vinculados con la asistencia al niño y al adolescente con depresión, y en ella se pretende dar respuesta a muchas de las preguntas que se pueden plantear en la práctica asistencial, para lo que se facilitan recomendaciones elaboradas de forma sistemática, basadas en la mejor evidencia disponible en la actualidad y centradas en el paciente. La metodología empleada para actualizar esta guía se basa en el Manual Metodológico de Elaboración de GPC en el Sistema Nacional de Salud.

La GPC aborda los principales aspectos relacionados con la identificación, evaluación y tratamiento de la depresión mayor (episodio depresivo según CIE-10/depresión mayor según DSM-5) en niños/as (5-11 años) y adolescentes (12-18 años). Para los objetivos de esta guía, el manejo de la depresión se ha dividido en las siguientes categorías (CIE-10): depresión leve, moderada y grave.

La GPC cubre aquella atención que los niños y adolescentes con depresión puedan recibir de los profesionales sanitarios, tanto en atención primaria como en atención especializada (salud mental de niños, adolescentes y de adultos). No se abordan otros servicios, como los sociales, educativos o de tiempo libre.

Los principales usuarios a los que va dirigida la guía son todos aquellos profesionales sanitarios implicados en el manejo de la depresión en la infancia y en la adolescencia, así como los pacientes y sus familiares/cuidadores. Esta guía podría ser relevante también para profesionales del sistema educativo y de servicios sociales, aunque no está específicamente dirigida a ellos.

La depresión en la infancia y la adolescencia: principales características y manejo clínico

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo constituido por un conjunto de síntomas entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, anhedonia, irritabilidad, desesperanza...) acompañados de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse por tanto de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva. Es un trastorno complejo con múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como psicológicos y ambientales, que interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Algunos de ellos predisponen a su padecimiento, mientras que otros pueden actuar como factores desencadenantes y/o de mantenimiento del trastorno (en la tabla 1 se exponen los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión en niños y adolescentes).

La prevalencia de depresión aumenta progresivamente desde la edad preescolar a la infancia y a la adolescencia, y mientras que antes de la pubertad es similar en niños y niñas, entre adolescentes es más frecuente en el sexo femenino.

Se ha establecido una alta frecuencia de continuidad y recurrencia de la depresión a lo largo de la infancia y adolescencia. En los adolescentes, aunque la mayoría de los episodios depresivos remiten en unos meses, la frecuencia de recurrencias es alta, y también su continuidad en la edad adulta. Las posibilidades de recurrencia son mayores si el episodio depresivo inicia es grave, si existen comorbilidades, si ha habido episodios previos, si no hay respuesta al tratamiento inicial o es parcial, y si existen factores individuales o familiares de riesgo.

La clínica básica de la depresión mayor en niños y adolescentes es similar a la de los adultos, aunque con algunas variaciones relacionadas con el nivel madurativo. En estas etapas, por ejemplo, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión, y también varía la frecuencia de los distintos síntomas. Las principales manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, y pueden agruparse

según su desarrollo evolutivo (en la tabla 2 se exponen los principales síntomas clínicos de la depresión infanto-juvenil en función de la edad).

Identificación

En atención primaria, al igual que ocurre con otros trastornos comunes, el pediatra y médico de familia deben de tener la formación y conocimientos necesarios para poder detectar y evaluar a aquellos niños y adolescentes que puedan padecer una depresión.

Pese a que es frecuente, especialmente entre los adolescentes, en la mayoría de las ocasiones no es detectada, y por tanto muchos de los niños y adolescentes con depresión no son diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado. Entre las principales razones se ha señalado que en niños y jóvenes la depresión puede presentarse principalmente con síntomas conductuales o molestias físicas más aparentes que la tristeza u otra sintomatología depresiva típica observada en los adultos, lo que puede dificultar su diagnóstico. Además, es frecuente que ni los niños y jóvenes que la presentan ni sus padres o convivientes próximos identifiquen sus dificultades con el padecimiento de un trastorno depresivo.

Existe escasa evidencia científica sobre la efectividad del cribado de la depresión mayor en población infanto-juvenil. Sin embargo, dada su prevalencia e infradiagnóstico en la adolescencia, su importancia como trastorno discapacitante, asociado a riesgo de suicidio y morbilidad grave a largo plazo, la disponibilidad de instrumentos de cribado y los beneficios del tratamiento temprano, se sugiere la incorporación de procedimientos de cribado que permitan una mejor identificación del trastorno depresivo mayor en los adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria, así como la puesta en marcha de estrategias de intervención para los casos más leves adaptadas a este ámbito sanitario. Para ello deberían emplearse herramientas de cribado sencillas, de rápida administración, fáciles de puntuar e interpretar en la consulta y de validez contrastada, como el PHQ-2 (tabla 3).

El diagnóstico de depresión mayor es clínico, sin que ninguna prueba complementaria o cuestionario por sí solos puedan utilizarse de forma fiable para realizar un diagnóstico individual. Se establece en base al cumplimiento de criterios diagnósticos CIE o DSM, que permiten asimismo clasificar la depresión en leve, moderada o grave en función del número, tipo e intensidad de los síntomas presentes, y del grado de discapacidad funcional que provocan (tablas 4 y 5).

El principal método de evaluación es la entrevista con el paciente y sus padres o convivientes, con mayor peso de la información de los padres en los pacientes de menor edad, pero siendo particularmente importante la información aportada por el paciente, y tanto más cuanto mayor es su edad (en niños mayores y adolescentes es aconsejable la entrevista individual).

Dicha entrevista clínica debe incluir como aspectos básicos:

- Datos sociodemográficos y del entorno del paciente (circunstancias y relaciones familiares, educativas, sociales y de actividades de ocio).
- Completa anamnesis y exploración psicopatológica, con valoración de los síntomas y de su repercusión en el funcionamiento general del paciente, así como de la presencia de comorbilidades.
- Historia de desarrollo. Antecedentes físicos y psíquicos, personales y familiares.
- Evaluación de factores de riesgo, protectores, acontecimientos vitales estresantes (con atención especial a situaciones de acoso, negligencia, maltrato o abuso) y factores de apoyo de que disponga el paciente de cara al tratamiento.
- Valoración de la oportunidad de pruebas complementarias adicionales.
- Valoración del riesgo de conductas auto y heterolesivas.

La entrevista clínica puede complementarse con otros métodos de evaluación, como cuestionarios autoinformados y entrevistas con diferentes grados de estructuración, cuya elección dependerá fundamentalmente de su ámbito de aplicación y el objetivo que se pretenda (los cuestionarios se utilizan con frecuencia por ejemplo con fines de cribado, o para monitorización de los síntomas a fin de evaluar la respuesta a un tratamiento). También es de utilidad la información procedente del entorno escolar.

La depresión debe diferenciarse de los sentimientos de desánimo o tristeza que forman parte habitual de la experiencia vital. El desarrollo adolescente supone importantes cambios físicos, cognitivos y sociales, que constituyen un reto de adaptación considerable, y favorecen la frecuente aparición de desasosiego, sentimientos de malestar, incompreensión o cambios de humor. Tales manifestaciones suelen remitir con el tiempo conforme se avanza a la edad adulta, pero en estas edades plantean con frecuencia a los clínicos la necesidad de distinguir aquellas expresiones emocionales que son propias de un desarrollo normativo de las que caracterizan un trastorno depresivo. En la tabla 6 se exponen algunas de las principales diferencias entre ellas.

El diagnóstico diferencial de la depresión mayor debe incluir también enfermedades médicas que pueden manifestarse con sintomatología depresiva, el uso de fármacos o tóxicos que pueden causarla, y la presencia de otros trastornos mentales (tabla 7).

Por ello en la anamnesis de un niño o adolescente con sintomatología depresiva se debe preguntar sobre el padecimiento de otras enfermedades y los medicamentos que toma o ha estado tomando recientemente, y en los adolescentes en particular debe investigarse la posibilidad de consumo de tóxicos.

En la práctica habitual es poco frecuente que sea necesaria la solicitud de pruebas complementarias adicionales. Entre ellas puede ser oportuno en ocasiones solicitar una analítica de sangre y orina con hemograma completo, glucemia y pruebas de función tiroidea, renal y hepática, que permita valorar la patología orgánica más frecuentemente

relacionada con sintomatología de tipo depresivo. La petición de otro tipo de pruebas complementarias no está justificada de forma rutinaria y debe basarse en la sospecha clínica fundada de algún otro trastorno médico.

Es importante reseñar también que los niños y adolescentes con depresión presentan con frecuencia algún otro trastorno psíquico asociado, siendo los diagnósticos comórbidos más habituales los trastornos de ansiedad, los trastornos de conducta, el TDAH y el abuso de sustancias (tabla 8). La presencia de comorbilidades tiene una notable trascendencia en cuanto al abordaje terapéutico y el pronóstico clínico (condicionando en general una peor respuesta a los tratamientos, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad), afectando adicionalmente al funcionamiento cotidiano e implicando un mayor uso de recursos.

Tratamiento

El manejo terapéutico de los niños y adolescentes que padecen una depresión mayor les implica a ellos y a sus familias, y debe tener en cuenta sus necesidades y preferencias particulares, incluyendo su participación en la toma de decisiones.

La actitud del profesional sanitario hacia ellos debe de ser amistosa, cercana y empática, y en su manejo terapéutico debería incluir siempre cuidados de buena práctica clínica, entendiendo como tales: un seguimiento regular y frecuente, psicoeducación, el apoyo y cuidado individual y familiar, el manejo de situaciones ambientales, técnicas psicoterapéuticas básicas, la atención a comorbilidades y la coordinación con otros profesionales (en el ámbito sanitario, social y educativo).

El tratamiento inicial de un episodio depresivo puede incluir desde un período de 2-4 semanas de vigilancia de la evolución clínica con atención activa (que incluye los cuidados de buena práctica clínica señalados), a tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico o ambos combinados. Su elección depende fundamentalmente del nivel de gravedad del episodio depresivo (leve, moderado o grave), y está adicional-

mente influenciada por otros aspectos como la presencia de factores de riesgo o comorbilidades importantes, o la existencia de ideas y/o conductas autolesivas.

En relación al tratamiento psicológico, la TCC y la TIP son las modalidades de psicoterapia que presentan evidencias más claras para el tratamiento de la depresión en población infanto-juvenil. En cuanto al farmacológico, los únicos antidepresivos que han mostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión mayor en niños y jóvenes, y por tanto los únicos recomendables en el tratamiento farmacológico inicial, son los ISRS, entre los que la fluoxetina, el escitalopram y la sertralina son los que disponen de más evidencias sobre su eficacia. La fluoxetina es el único con indicación de la AEMPS para 8 o más años, el resto de los recomendados por el grupo elaborador (sertralina, escitalopram y citalopram) serán un uso *off-label*. Para más información sobre indicaciones de las agencias reguladoras ver tabla 9; las pautas de dosificación se presentan en la tabla 10.

En la actualidad no hay evidencias sobre la eficacia de la estimulación magnética transcraneal, la terapia lumínica y otras terapias alternativas (ácidos grasos omega-3, glutamina, hierba de San Juan, S-adenosilmetionina, vitamina C o triptófano) en el tratamiento de la depresión mayor en población infanto-juvenil, y por tanto no se recomienda su utilización en ella.

Las recomendaciones principales sobre el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes (generales, de la depresión mayor leve, de la moderada y de la depresión mayor grave) se especifican en detalle en los capítulos 3 y 4 de esta guía rápida. Una explicación ampliada está disponible en los capítulos 9 a 13 de la versión completa de esta GPC (para información adicional sobre el tratamiento farmacológico ver también en la versión completa el apartado del capítulo 9 “Consideraciones clínicas del uso de antidepresivos en la infancia y la adolescencia”).

2. Preguntas para responder

Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos

1. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la depresión mayor en niños y adolescentes?
2. ¿Con qué otras manifestaciones es preciso realizar el diagnóstico diferencial?

Factores de riesgo, protectores y evaluación de la depresión mayor

3. ¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección de depresión mayor en niños y adolescentes?
4. ¿Cuáles son los cuestionarios y entrevistas más utilizados en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes?

Perspectivas y experiencias de los niños y adolescentes con depresión y sus familias

5. ¿Cuáles son las perspectivas y experiencias de los niños y adolescentes con depresión y sus familias?

Cribado de la depresión mayor

6. ¿El cribado en atención primaria incrementa la identificación de niños y adolescentes con depresión mayor?
7. ¿El cribado de la depresión en niños y adolescentes en atención primaria mejora su asistencia y tratamiento?
8. ¿Cuáles son los riesgos asociados al cribado de la depresión en niños y adolescentes?
9. ¿Cuáles es la precisión de los diferentes instrumentos psicométricos en la identificación de la depresión en niños y adolescentes?

Tratamiento de la depresión mayor

10. ¿Cuál es el tratamiento psicológico más efectivo en el tratamiento de la depresión mayor en la infancia y la adolescencia?
11. En niños y adolescentes con depresión mayor, ¿cuál es la eficacia comparada y seguridad de los diferentes antidepresivos?
12. En niños y adolescentes con depresión, ¿cuál es la efectividad comparada del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado?

Prevención de recaídas y recurrencia

13. ¿Cuál es la eficacia del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado en la prevención de recaídas y recurrencia en la depresión mayor en niños y adolescentes?

Estrategias en depresión mayor que no responde al tratamiento

14. ¿Cuál es la eficacia del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado en el manejo de la depresión que no responde al tratamiento en niños y adolescentes?
15. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el manejo de la depresión grave y que no responde al tratamiento en niños y adolescentes?
16. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la estimulación magnética transcraneal en el manejo de la depresión que no responde al tratamiento en niños y adolescentes?

Tratamiento de la depresión mayor con síntomas psicóticos

17. ¿Cuál es el tratamiento de la depresión mayor con síntomas psicóticos en niños y adolescentes?

Otras intervenciones terapéuticas

18. ¿Es eficaz el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de depresión en niños y adolescentes?

19. En niños y adolescentes con depresión, ¿cuál es la eficacia de las intervenciones *online*?
20. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las terapias alternativas en niños y adolescentes con depresión?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

3. Recomendaciones de la GPC

En esta actualización, las recomendaciones se clasificaron en las siguientes categorías:

- Recomendaciones nuevas, etiquetadas como [nueva 2017].
- Recomendaciones revisadas, pero que permanecen vigentes al no existir suficiente evidencia para modificarlas, se etiquetan como [2017].
- Recomendaciones no revisadas pero que permanecen para dar coherencia al texto [2009].

Factores de riesgo y evaluación de la Depresión Mayor

✓*	Los médicos de familia y pediatras de atención primaria deben tener una adecuada formación para evaluar a aquellos niños y adolescentes con riesgo de depresión y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica [2009].
✓	Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de otros factores de riesgo, se recomienda que los profesionales de atención primaria realicen un seguimiento y fomenten la normalización de la vida cotidiana [2009].
✓	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 [2009].
✓	Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos [2009].

✓	En la evaluación del niño o adolescente con depresión mayor se debe 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 [2009].
✓	Se debe preguntar siempre al paciente y a sus familiares sobre ideas de suicidio, posibilidad de hacerse daño a sí mismo o a otros, consumo de alcohol y de otras drogas, y sobre la existencia de antecedentes de acoso escolar, o en redes sociales, negligencia, maltrato y abuso físico o sexual [2017].
✓	La evaluación debería incluir la exploración de la presencia de comorbilidades (principalmente trastorno de ansiedad, trastornos de conducta y/o abuso de sustancias), que pueden requerir un abordaje más específico [nueva 2017].
✓	El diagnóstico de depresión mayor debe realizarse mediante entrevista clínica, incluyendo información del medio familiar y escolar. Los cuestionarios por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual [2017].
✓	En caso de utilizar cuestionarios como apoyo al diagnóstico, se sugiere emplear el CDI o el BDI-II entre los autoaplicados y el CDS, CDRS-R o DAWBA entre los heteroaplicados [2017].

* Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo elaborador.

Perspectivas de pacientes y familiares

✓	Se recomienda mejorar el conocimiento de la depresión y sus consecuencias entre los jóvenes y sus familias, así como reducir el estigma asociado [nueva 2017].
✓	Se recomienda un abordaje de la depresión adaptado a las necesidades e inquietudes de los niños y jóvenes, mantener una actitud empática, abordar los sentimientos de fracaso y de culpa que con frecuencia experimentan por estar deprimidos, y respetar las particularidades individuales [nueva 2017].
✓	El enfoque terapéutico de la depresión mayor en la infancia y adolescencia debería ser integral e implicar al niño o adolescente y a las familias en la toma de decisiones respecto a la estrategia terapéutica a seguir [nueva 2017].

Cribado

Débil a favor	Se sugiere la incorporación de procedimientos de cribado que permitan una mejor identificación de un trastorno depresivo mayor en los adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria de salud. Su realización debería integrarse dentro del propio proceso asistencial, asegurando el acceso a un tratamiento temprano y a un adecuado seguimiento [nueva 2017].
✓	Se sugiere la utilización de herramientas de cribado sencillas y de validez diagnóstica contrastada, como por ejemplo, el cuestionario PHQ-2 (<i>Patient Health Questionnaire-2</i>) de únicamente dos preguntas [nueva 2017].

Tratamiento de la Depresión Mayor

Recomendaciones generales

✓	El tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia debería ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional del paciente [2017].
✓	El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados de buena práctica clínica, entendiendo como tales: el seguimiento regular y frecuente, la psicoeducación, el apoyo y cuidado individual y familiar, el manejo de circunstancias ambientales, técnicas psicoterapéuticas básicas, la atención a comorbilidades y la coordinación con otros profesionales (ámbito sanitario, social y educativo) [2017].
✓	Debe prestarse atención a la posible presencia de factores familiares y del contexto social que puedan interferir en la evolución del trastorno depresivo en el niño o adolescente (trastorno mental en los padres, problemas en las relaciones familiares o con iguales, situaciones de maltrato o acoso), y en su caso indicar su tratamiento y/o establecer las medidas oportunas para la disminución de su impacto o su resolución [nueva 2017].
✓	Cuando por razones de edad sea necesario el cambio asistencial entre los servicios de salud mental de niños y adolescentes y los servicios de adultos, se debe asegurar la continuidad asistencial entre ambos mediante una adecuada coordinación entre sus profesionales [nueva 2017].

Tratamiento inicial

Depresión Mayor leve

✓	En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/conductas autolíticas y comorbilidades psiquiátricas, el médico de familia o pediatra debería dejar transcurrir un período de 2-4 semanas de observación y seguimiento de la evolución. Durante este período, el profesional de atención primaria debería proporcionar apoyo activo al niño o adolescente y su familia, facilitando pautas de hábitos de vida saludable, psicoeducativas o de manejo de situaciones familiares, sociales y escolares [2017].
✓	Si durante este período de observación los síntomas depresivos se agravan o persisten, se recomienda derivar al paciente a atención especializada en salud mental de niños y adolescentes [2017].
✓	Se recomienda derivar inicialmente a salud mental de niños y adolescentes, aunque la depresión sea leve, a aquellos pacientes que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades psíquicas [nueva 2017].
Fuerte a favor	En salud mental de niños y adolescentes, el tratamiento de elección de una depresión mayor leve será un tratamiento psicológico durante al menos un período de 8 a 12 semanas (sesiones semanales en formato individual o grupal) [2017].
Débil a favor	El tratamiento psicológico de la depresión leve en niños debería incluir alguna de las terapias de aplicación a este grupo de edad, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar, la terapia interpersonal familiar, y la terapia de apoyo no directiva, de acuerdo al conocimiento y la experiencia del profesional que realice el tratamiento [nueva 2017].

Fuerte a favor	En adolescentes con depresión mayor leve se recomienda la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal como modalidades de psicoterapia iniciales, debido a que son las que han demostrado ser más eficaces en este grupo de edad [nueva 2017].
Fuerte en contra	No se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve [2017].

Depresión Mayor moderada y grave

✓	Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada o grave deberá ser derivado inicialmente a un servicio o unidad de salud mental de niños y adolescentes [2017].
✓	En niños con depresión moderada se recomienda inicialmente tratamiento psicológico: terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal familiar, terapia familiar o terapia de apoyo no directiva [nueva 2017].

Fuerte a favor	<p>En adolescentes con depresión moderada podrían establecerse 3 opciones de tratamiento en función del criterio clínico, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y sus familiares, la adecuación de los pacientes a los mismos y la disponibilidad de los tratamientos en cada situación concreta:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento psicológico: terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal (sesiones estructuradas semanales durante 8-12 semanas y posterior seguimiento según evolución clínica). – Tratamiento farmacológico con un ISRS, en cuyo caso siempre deberá de ir acompañado de cuidados de buena práctica clínica (seguimiento regular y frecuente, vigilancia sobre efectos adversos, psicoeducación, apoyo, manejo de circunstancias ambientales y técnicas psicoterapéuticas básicas). – Tratamiento combinado: tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico [nueva 2017].
✓	<p>Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo farmacológico, se recomienda informar del motivo de la prescripción, de los beneficios que se esperan alcanzar, del posible retraso del efecto terapéutico, de los posibles efectos secundarios y de la duración del tratamiento [2017].</p>
Fuerte a favor	<p>Se recomienda vigilancia de la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico [2017].</p>

Fuerte a favor	Los únicos fármacos antidepresivos recomendables en el tratamiento inicial de la depresión moderada o grave de niños o adolescentes son los ISRS, entre los que la fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyan su uso en pacientes con 8 años o más [nueva 2017].
✓	Según el criterio clínico y el perfil del paciente (fundamentalmente características clínicas de la depresión, comorbilidades, historia familiar e historia previa de respuesta o fracaso a fármacos), se podría elegir otro ISRS (sertralina, escitalopram y citalopram) [2017].
Fuerte en contra	La evidencia actual no permite recomendar la utilización de antidepresivos tricíclicos, paroxetina, venlafaxina, duloxetina o mirtazapina en el tratamiento inicial de la depresión mayor de niños y adolescentes [2017].
Fuerte a favor	En niños o adolescentes con depresión grave se recomienda utilizar inicialmente tratamiento combinado, asociando psicoterapia (terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal) con tratamiento farmacológico (ISRS). En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados de buena práctica clínica [nueva 2017].

✓	<p>Debería considerarse como opción la derivación a un hospital de día o el ingreso en una unidad de hospitalización adecuados a estos grupos de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> – En la depresión grave que no responde al tratamiento. – Cuando se asocien factores de riesgo o comorbilidades graves que lo indiquen. – Cuando existan razones que dificulten un adecuado seguimiento y control ambulatorio. <p>Debe considerarse especialmente el ingreso en unidad de hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si la depresión es muy grave (cuando se acompaña de síntomas psicóticos, u otros síntomas graves como falta de apetito con gran pérdida de peso o cansancio extremo). – Si existe un elevado riesgo de suicidio [nueva 2017].
---	--

Tratamiento de continuación.

Prevención de recaídas/recurrencia

Fuerte a favor	<p>En caso de respuesta al tratamiento farmacológico en fase aguda con ISRS se recomienda su continuación al menos 6 meses desde la remisión del cuadro depresivo (recomendable entre 9 y 12 meses), con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión [nueva 2017].</p>
-----------------------	--

Fuerte a favor	<p>En caso de respuesta al tratamiento farmacológico en fase aguda con ISRS, en aquellos pacientes con mayor riesgo de recaídas/recurrencia (con un episodio depresivo grave, con permanencia de síntomas residuales tras el tratamiento inicial, con factores de riesgo asociados o con más de 2 episodios previos), se recomienda asociar en la fase de continuación al tratamiento farmacológico una terapia cognitivo-conductual orientada específicamente a la prevención de recaídas [nueva 2017].</p>
✓	<p>Se recomienda que la suspensión de un fármaco ISRS se realice de forma gradual, y evitando que coincida con acontecimientos vitales potencialmente estresantes. Si los síntomas reaparecen, se ha de instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico y replantear la estrategia terapéutica [2017].</p>

Estrategias en la depresión que no responde al tratamiento

✓	<p>En ausencia de respuesta a un tratamiento inicial estaría indicado, en primer lugar:</p> <ul style="list-style-type: none">– Revisión del diagnóstico, incluyendo valoración de la posibilidad de trastorno bipolar.– Verificación de la conciencia de enfermedad, motivación al cambio y adherencia al tratamiento.– Valoración de exposición a factores vitales estresantes que puedan interferir en la recuperación. Considerar factores de riesgo individuales, familiares, escolares o del grupo de iguales.– Revisión de posible comorbilidad con otras enfermedades médicas u otros trastornos psíquicos: ansiedad, distimia, abuso de sustancias, TDAH, trastornos de conducta, trastornos de la conducta alimentaria, TOC o trastornos de la personalidad.– Revisión de la adecuación del tratamiento realizado (tratamiento psicológico: tiempo y sesiones; tratamiento farmacológico: tiempo y dosis) [nueva 2017].
✓	<p>En niños y adolescentes con depresión leve que no responden a un tratamiento psicológico inicial, podrían considerarse como opciones el cambio a una nueva intervención psicoterapéutica con alguna de las que disponen de más evidencia en este grupo de edad (terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal), o bien cambiar a/o asociar un tratamiento farmacológico con ISRS [2017].</p>

✓	En niños y adolescentes con depresión moderada que no responden a un tratamiento psicológico inicial, se recomienda cambiar a/o añadir un tratamiento farmacológico con un ISRS [2017].
Fuerte a favor	En niños y adolescentes con depresión moderada o grave que no responden a un tratamiento inicial con ISRS, se recomienda cambiar a otro antidepresivo del grupo ISRS y asociar terapia cognitivo conductual [2017].
✓	Se sugiere valorar como opción terapéutica, la derivación a un hospital de día o unidad de hospitalización adecuados a estos grupos de edad en la depresión que no responde al tratamiento, especialmente en casos de depresión grave, con riesgo suicida, asociada a comorbilidades, o con factores ambientales de riesgo relevantes (por ejemplo, disfunción familiar, desadaptación escolar o con iguales, o falta de grupo de apoyo) [nueva 2017].
Débil a favor	La terapia electroconvulsiva únicamente estaría indicada en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con síntomas graves que pongan en peligro su vida y que no respondan a otros tratamientos. Debería ser utilizada de forma excepcional, por profesionales experimentados, tras una adecuada evaluación por parte de un equipo multidisciplinar y tratamiento en un entorno hospitalario [2017].
Fuerte en contra	No se recomienda la estimulación magnética transcraneal en el tratamiento de la depresión del niño y adolescente, dada la actual falta de evidencia sobre su eficacia en este grupo de edad [nueva 2017].

Depresión Mayor con síntomas psicóticos

✓	En niños y adolescentes con depresión psicótica, se sugiere la consideración de potenciar el tratamiento antidepressivo con un antipsicótico de segunda generación. La elección del antipsicótico debe estar guiada por el perfil de efectos adversos y se recomienda empezar con una dosis baja e ir aumentando progresivamente hasta alcanzar la dosis mínima eficaz [nueva 2017].
✓	Todo niño o adolescente que mantiene un tratamiento con antipsicóticos debe estar sometido a un control de efectos adversos riguroso [nueva 2017].

Otras intervenciones terapéuticas

✓	Se recomienda que todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de la depresión del niño y/o el adolescente dispongan de una adecuada formación que les permita aconsejar sobre otras formas de intervención potencialmente útiles para los pacientes, sus padres o cuidadores [2017].
✓	La recomendación de intervenciones de autoayuda, ejercicio físico y estilos de vida saludable debería formar parte de una estrategia integral de tratamiento [2017].
✓	Se recomienda proporcionar información sobre materiales de autoayuda (información para pacientes, libros) y recursos disponibles (grupos de apoyo, líneas de apoyo), así como los beneficios de un estilo de vida saludable (nutrición equilibrada, mantenimiento de un patrón de sueño adecuado, entre otros) [nueva 2017].

Débil a favor	Se sugiere ofrecer información sobre las ventajas de la realización de ejercicio físico de forma regular, estructurada, y supervisada, a aquellos niños o jóvenes con depresión, idealmente hasta 3 sesiones a la semana durante 3 meses y siempre que la gravedad de esta no dificulte su realización [2017].
Fuerte en contra	En la depresión mayor de la infancia y adolescencia no se recomienda la utilización de terapia lumínica, ácidos grasos omega-3 polinsaturados, glutamina, hierba de san Juan (<i>Hypericum perforatum</i>), S-adenosil metionina, vitamina C o triptófano, debido a la falta de evidencia sobre su efectividad. En el caso de la hierba de san Juan, los profesionales deberían informar de la posibilidad de interacción con otros fármacos [nueva 2017].

4. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

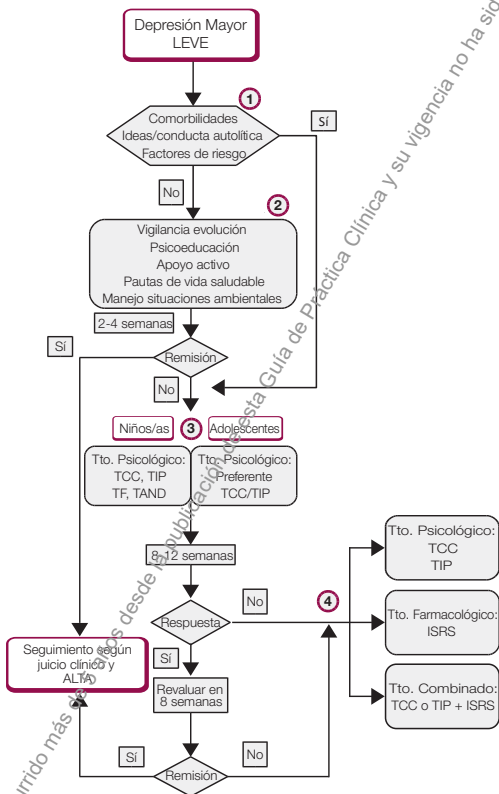
A continuación, se presentan los algoritmos terapéuticos para la depresión mayor leve, moderada y grave. En las notas al algoritmo se incluyen los criterios de derivación y se destacan aquellos aspectos que se han considerado más relevantes desde el punto de vista clínico.

Consideraciones Generales

- El manejo de la depresión mayor en niños y adolescentes debería incluir siempre cuidados de buena práctica clínica, entendiendo como tales:
 - Seguimiento regular y frecuente.
 - Psicoeducación.
 - Apoyo y cuidado individual y familiar.
 - Manejo de circunstancias ambientales.
 - Técnicas psicoterapéuticas básicas.
 - Atención a comorbilidades.
 - Coordinación con otros profesionales (ámbito sanitario, social y educativo).
- En ausencia de respuesta a un abordaje terapéutico inicial estaría indicado, en primer lugar:
 - Revisión del diagnóstico.
 - Verificación de la conciencia de enfermedad, motivación al cambio y adherencia al tratamiento.
 - Valoración de la existencia de factores que puedan interferir en la recuperación del trastorno depresivo. Considerar factores de riesgo individuales, familiares, escolares y del contexto social (ver tabla 1).

- Revisión de posible comorbilidad con otras enfermedades médicas u otros trastornos psíquicos (ver tabla 8).
 - Revisión de la adecuación del tratamiento realizado (por ej. tratamiento psicológico en tiempo y sesiones adecuados; farmacológico en tiempo y dosis).
- El tratamiento se realiza en general de forma ambulatoria. Debe valorarse la opción de derivación a un hospital de día o unidad de hospitalización adecuados a estos grupos de edad especialmente en los siguientes casos:
- Si existe riesgo de suicidio.
 - Si se asocian factores de riesgo o comorbilidades graves que lo indiquen.
 - Si la depresión es muy grave (e.g. cuando se acompaña de síntomas psicóticos u otros síntomas graves como falta de apetito con gran pérdida de peso o cansancio extremo).
 - En la depresión grave cuando existen razones que dificultan un adecuado seguimiento y control ambulatorio.
 - En la depresión grave que no responde al tratamiento.

Algoritmo 1. Depresión mayor leve



ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

TCC: terapia cognitivo conductual.

TIP: terapia interpersonal.

TF: terapia familiar.

TAND: terapia de apoyo no directiva.

1 Indicación de derivación a atención especializada en salud mental:

Para ello han de valorarse la presencia de comorbilidades y de factores de riesgo que puedan hacerla oportuna en base al juicio clínico (ver tablas 1 y 8).

Además, debe explorarse la presencia de ideación/conducta autolítica, tanto pasada como actual, y recoger en la historia clínica los aspectos relacionados con ella (como intencionalidad, planificación, presencia de sentimiento de desesperanza o frecuencia y gravedad de la ideación y conducta autolítica).

- En caso de ausencia de criterios para la derivación a atención especializada en salud mental, se aconseja vigilar la evolución clínica en atención primaria durante un período de 2-4 semanas:

2 Vigilancia de la evolución en atención primaria:

Ofrecer información sobre la depresión y su tratamiento, y de posibles recursos y programas de autoayuda.

Recomendar hábitos de vida saludable: informar de beneficios de una nutrición equilibrada, mantenimiento de un patrón de sueño adecuado y realización de ejercicio físico regular, y sobre perjuicios del consumo de alcohol y tóxicos.

Proporcionar apoyo activo al paciente y su familia, y recomendaciones terapéuticas básicas (como identificar un confidente con el que poder compartir ideas o sentimientos, o animarle a implicarse en actividades placenteras).

Manejo de situaciones ambientales que puedan estar relacionadas con el desencadenamiento o mantenimiento de la depresión.

- En caso de existir comorbilidades/factores de riesgo que lo justifiquen o ideas/conductas autolíticas, de agravamiento de la sintomatología durante el período de vigilancia o su persistencia al cabo de

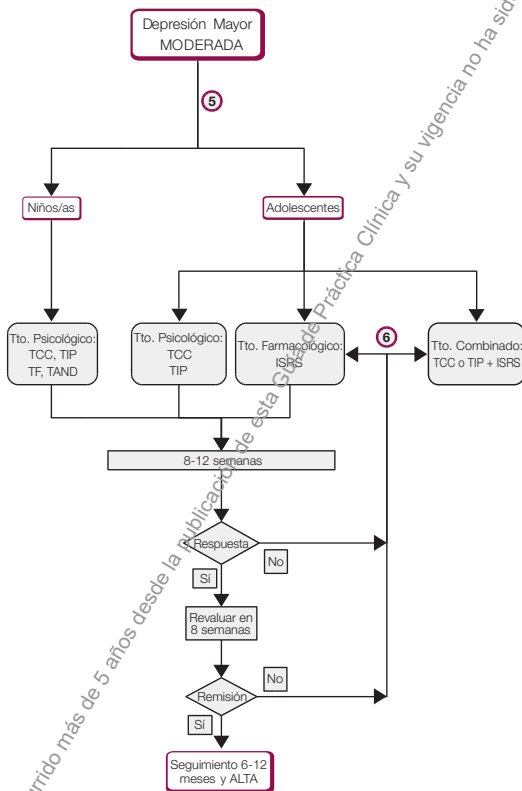
4 semanas, se recomienda la derivación a atención especializada en salud mental.

3 En atención especializada en salud mental el tratamiento de elección de una depresión mayor leve es un tratamiento psicológico durante al menos un período de 8-12 semanas:

- En niños TCC, TIP, TF o TAND de acuerdo al conocimiento y experiencia del profesional que realice el tratamiento.
- En adolescentes se recomienda preferentemente TCC o TIP.
- No se recomienda utilizar fármacos antidepressivos para el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve.

4 En niños y adolescentes con depresión leve que no responden a un tratamiento psicológico inicial podría considerarse a continuación cambiar a un nuevo tratamiento psicológico con TCC o TIP, o bien cambiar a/asociar tratamiento farmacológico con un ISRS.

Algoritmo 2. Depresión mayor moderada



ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

TCC: terapia cognitivo conductual.

TIP: terapia interpersonal.

TF: terapia familiar.

Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada deberá ser derivado inicialmente a un servicio o unidad de salud mental de niños y adolescentes.

5 Opciones terapéuticas según edad:

- En niños con depresión moderada se recomienda inicialmente tratamiento psicológico: TCC, TIP, TF o TAND.
- En adolescentes con depresión moderada podrían establecerse 3 opciones de tratamiento en función del criterio clínico, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y sus familiares, la adecuación de los pacientes a las mismas y la disponibilidad de los tratamientos en cada situación concreta:
 - Tratamiento psicológico: TCC o TIP.
 - Tratamiento farmacológico con un ISRS, en cuyo caso siempre deberá de ir acompañado de vigilancia de la posible aparición de efectos adversos y de cuidados de buena práctica clínica. La fluoxetina podría considerarse de primera elección, aunque según el criterio clínico y el perfil del paciente se podría elegir otro ISRS (sertralina, escitalopram o citalopram).
 - Tratamiento combinado: TCC o TIP + ISRS.

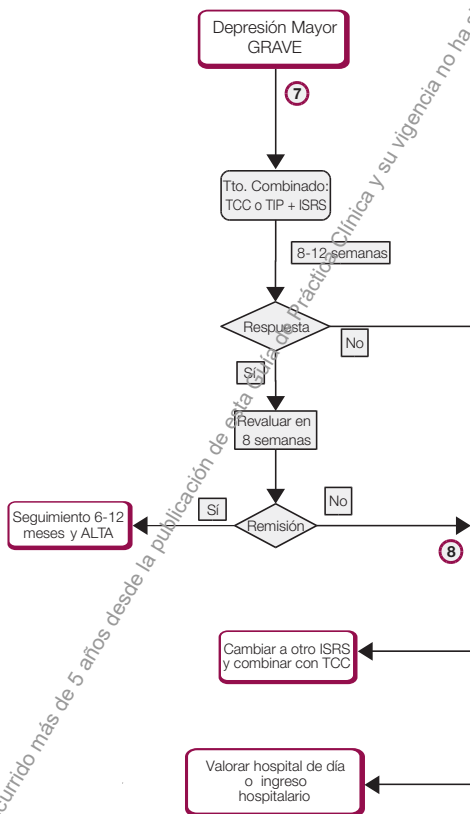
En adolescentes con depresión moderada en los que se realice un tratamiento inicial únicamente con un ISRS, aún en caso de respuesta al mismo se recomienda asociar en la fase de continuación una TCC orientada específicamente a la prevención de recaídas en aquellos pacientes con mayor riesgo de recaída/recurrencia (con más de 2 episodios previos, factores de riesgo asociados o con permanencia de síntomas residuales tras el tratamiento inicial).

6 En niños y adolescentes con depresión moderada que no respondan a un tratamiento psicológico inicial se recomienda cambiar a tratamiento farmacológico con un ISRS o a tratamiento combinado (TCC o TIP + ISRS).

En adolescentes con depresión moderada que no respondan a un tratamiento inicial con un ISRS se recomienda cambiar a otro ISRS, y asociar TCC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

Algoritmo 3. Depresión mayor grave



ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

TCC: terapia cognitivo conductual.

TIP: terapia interpersonal.

Todo niño o adolescente con depresión mayor grave deberá ser derivado inicialmente a un servicio o unidad de salud mental de niños y adolescentes.

7 En niños o adolescentes con depresión grave se recomienda utilizar inicialmente tratamiento combinado: TCC o TIP + ISRS.

En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico con un ISRS, siempre asociado a cuidados de buena práctica clínica. La fluoxetina podría considerarse de primera elección, aunque según el criterio clínico y el perfil del paciente se podría elegir otro ISRS (sertralina, escitalopram o citalopram).

En pacientes con depresión grave en los que se realice un tratamiento inicial únicamente con un ISRS, aún en caso de respuesta al mismo se recomienda asociar en la fase de continuación una TCC orientada específicamente a la prevención de recaídas, especialmente en aquellos con mayor riesgo de recaída/recurrencia (con más de 2 episodios previos, factores de riesgo asociados o con permanencia de síntomas residuales tras el tratamiento inicial).

8 En aquellos pacientes con depresión grave que reciban un tratamiento inicial únicamente farmacológico con un ISRS y no respondan al mismo se recomienda cambiar a otro ISRS y asociar TCC.

En pacientes con depresión grave que no respondan a un tratamiento inicial combinado (TCC o TIP + ISRS) se recomienda cambiar a otro ISRS y asociar TCC, o valorar la derivación a un hospital de día o unidad de hospitalización adecuados a estos grupos de edad.

5. Tablas

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a la depresión en niños y adolescentes

Individuales	Biológicos	Genéticos	Historia familiar de depresión, trastorno bipolar. La información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia.
		Sexo	Antes de la pubertad la frecuencia de trastornos depresivos es prácticamente igual en niños que en niñas; en la adolescencia son entre 2 y 3 veces más frecuentes en el sexo femenino.
		Edad	
		Problemas crónicos de salud	Incluyendo enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.
	Psicológicos	Otros trastornos psíquicos	Particularmente trastornos de ansiedad, trastornos de conducta o TDAH. Disforia de género.
		Orientación sexual	Homosexualidad.
		Temperamento Afectividad negativa. Otros estilos cognitivos	Tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas (por ej. baja autoestima) y conductuales. Conlleva una mayor reactividad a estímulos negativos. Estilo cognitivo rumiativo. Déficits de habilidades sociales.

Ambientales	Familiares	Acontecimientos vitales estresantes	Pérdidas u otros acontecimientos traumáticos.
		Trastorno psíquico en los padres	Especialmente depresión (incluyendo depresión/ ansiedad materna en embarazo y posparto). Trastorno por uso/abuso de alcohol u otras sustancias.
		Conflictos en las relaciones familiares	Separación/divorcio, conflictos conyugales. Conflictos en relaciones paterno-filiales.
		Estilos educativos negativos	Negligencia en cuidados, escasa afectividad o rechazo.
		Maltrato/Abuso	Físico, emocional o sexual.
	Sociales	Problemas escolares	Mala adaptación o fracaso académico.
		Dificultades en las relaciones con iguales	Conflictos interpersonales, ausencia de amistades
		Acoso (bullying)	Incluyendo el trato degradante, la humillación, burla o el rechazo/aislamiento.
		Otras circunstancias sociales adversas	Sin hogar, institucionalizados, en centros de acogida o de seguridad. Emigración. Refugiados.

Elaboración propia y adaptación de varias fuentes (ver versión completa de la GPC).

Tabla 2. Principales síntomas clínicos de la depresión infanto-juvenil en función de la edad

<p>Menores de 7 años</p>	<p>Los síntomas más frecuentes son la tristeza o irritabilidad y los problemas de apetito y con el sueño. Manifiestan rabietas frecuentes, llanto imotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo, disminución o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso en el desarrollo psicomotriz o dificultad en el desarrollo emocional.</p> <p>En esta etapa precoz es muy frecuente la comorbilidad con trastorno negativista-desafiante, TDAH, trastornos de ansiedad y trastornos de la eliminación (encopresis, enuresis).</p>
<p>Niños de 7 años a edad puberal</p>	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en cuatro esferas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Esfera afectiva y conductual</u>: irritabilidad, agresividad, agitación o entretimiento psicomotor, astenia, apatía, tristeza, sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. Pueden presentarse también ideas e intentos de suicidio. b) <u>Esfera cognitiva y actividad escolar</u>: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales. c) <u>Esfera familiar</u>: conflictos, empeoramiento en las relaciones interpersonales o repercusiones en otros miembros de la familia. d) <u>Esfera somática</u>: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito. <p>En estas edades es frecuente la asociación con trastorno negativista desafiante, TDAH y trastornos de ansiedad.</p>

Adolescentes	<p>Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseos e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). Se presentan con más frecuencia pensamientos relativos al suicidio e intentos de suicidio.</p> <p>Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.</p>
---------------------	--

Abreviaturas: TDAH, trastorno por déficit de atención e hipactividad.

Elaboración propia y adaptación de varias fuentes (ver versión completa de la GPC).

Tabla 3. Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-2) ©1999 Pfizer Inc

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te han molestado cada uno de los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1	Tener poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza	0		2	3
Punto de corte: una puntuación ≥ 3 indica la necesidad de una evaluación diagnóstica.					

Tabla 4. Criterios diagnósticos y de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10. Presentación sintomática según la edad

A. Criterios generales para episodio depresivo <ul style="list-style-type: none"> – El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. – El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. 	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
Adultos	Niños y adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> – Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> – El humor puede ser triste, depresivo o irritable. – Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. – El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. – La reactividad al ambiente puede ser mayor en niños y adolescentes que en los adultos. – En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
<ul style="list-style-type: none"> – Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 	<ul style="list-style-type: none"> – La pérdida de interés puede ser en el juego, en el ocio en general o en las actividades escolares.

<ul style="list-style-type: none"> - Falta de vitalidad o aumento de la fatiga. 	<ul style="list-style-type: none"> - La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Similar a los adultos.
<ul style="list-style-type: none"> - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los niños pueden presentar auto-desvalorización, la culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
<ul style="list-style-type: none"> - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición. 	<ul style="list-style-type: none"> - Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperractivo.
<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones del sueño de cualquier tipo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Similar a los adultos.
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.

D. Puede haber o no síndrome somático

Habitualmente se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de entumecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.

- **Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: CIE-10 e información extraída de varias fuentes (ver versión completa de la GPC).

Tabla 5. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor y especificadores de gravedad/curso según DSM-5

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Criterios especificadores de gravedad/curso para el trastorno de depresión mayor: episodio único y recurrente*

Especificar la gravedad actual: la gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- **Leve:** pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- **Moderada:** el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve o grave.
- **Grave:** el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Con características psicóticas: presencia de delirios y/o alucinaciones.

- **Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo:** el contenido de los delirios y alucinaciones está en consonancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.
- **Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo:** el contenido de los delirios o alucinaciones no implica los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.

Estado de remisión:

- **En remisión parcial:** los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes, pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un periodo que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.
- **En remisión total:** durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

A la hora de registrar el nombre del diagnóstico se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión y, a continuación, todos los especificadores siguientes que sean aplicables al episodio actual:

- Con ansiedad.
- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el periparto.
- Con patrón estacional (solo episodio recurrente).

*Para que un episodio se considere recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

Adaptada de DSM-5.

Tabla 6. Diferencias entre adolescencia normal con depresión clínica

Adolescencia normal	Adolescencia con depresión clínica
A pesar de cierta sensación de desasosiego, cambios de humor y otras dificultades, no presentan cambios importantes y persistentes en su comportamiento.	Hay un cambio claro respecto a su comportamiento previo (por ej. se vuelve triste, irritable, pierde interés en actividades habituales o no disfruta con ellas, quejas frecuentes de aburrimiento, desesperanza, etc.).
Aunque pueden llorar o estar tristes en ocasiones, es habitualmente en respuesta a acontecimientos vitales cotidianos y de corta duración.	Los síntomas depresivos básicos (tristeza o pérdida del interés o la capacidad de disfrutar con las cosas) están presentes a diario, la mayor parte del día, y durante al menos dos semanas seguidas.
No hay cambios significativos en su funcionamiento previo.	Hay un deterioro en su funcionamiento previo (por ej. dejan de hacer cosas que antes les gustaban, con un mayor aislamiento a expensas de estar con amigos u otras actividades, mayores dificultades en el estudio o disminución en los rendimientos académicos, etc.).
Los pensamientos de muerte y suicidio son poco frecuentes.	Las ideas de suicidio son frecuentes.
Las conductas de riesgo (por ej. consumo de alcohol) son frecuentes pero habitualmente en límites razonables para el temperamento del adolescente particular.	Pueden empezar a implicarse en conductas de riesgo no acordes con el adolescente por sus características previas.

Adaptada de: Rey J, Bella-AwusahTolulope T, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. En: Joseph M. Rey. Mood disorders E1 Depression in children and adolescents [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. [citado 12 ene 2017] [pp 1-36]. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf>.

Tabla 7. Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor

Enfermedades médicas	<p>Endocrinas: hipotiroidismo, enfermedad de Addison, diabetes</p> <p>Neurológicas: síndrome postcontusión, epilepsia, tumores</p> <p>Autoinmunes: lupus eritematoso sistémico</p> <p>Infecciosas: hepatitis, mononucleosis</p> <p>Celiaquía</p> <p>Anemia</p>
Fármacos	<p>Glucocorticoides sistémicos</p> <p>Anticonceptivos orales</p> <p>Anticonvulsivantes</p> <p>Psicoestimulantes</p> <p>Neurolépticos</p>
Tóxicos	<p>Alcohol</p> <p>Cannabis</p> <p>Anfetaminas</p> <p>Cocaína</p> <p>Opioides</p>
Trastornos mentales	<p>Trastorno adaptativo</p> <p>Trastorno disfórico premenstrual</p> <p>Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo</p> <p>Distimia</p> <p>Trastorno bipolar</p>

Trastornos mentales	Trastornos no afectivos	Trastorno déficit de atención con hiperactividad Trastornos de conducta Trastorno por uso de sustancias Trastornos de ansiedad Trastorno estrés postraumático Trastorno conducta alimentaria Trastorno de personalidad Trastornos del espectro autista Trastornos psicóticos
----------------------------	-------------------------	--

Elaboración propia.

Tabla 8. Comorbilidades más frecuentes en la depresión mayor en niños y adolescentes

Niños	Adolescentes
<p>Ansiedad por separación.</p> <p>Otros trastornos de ansiedad.</p> <p>TDAH.</p> <p>Trastorno negativista desafiante.</p> <p>Trastorno obsesivo-compulsivo.</p>	<p>Distimia.</p> <p>Abuso de tóxicos.</p> <p>Trastornos de conducta.</p> <p>Fobia social.</p> <p>Trastorno de ansiedad.</p> <p>TDAH.</p> <p>Trastorno de conducta alimentaria.</p> <p>Trastorno de estrés postraumático.</p> <p>TEA.</p> <p>Trastorno obsesivo-compulsivo.</p> <p>Trastorno de personalidad límite.</p>

Abreviaturas: TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TEA, trastornos del espectro autista.

Elaboración propia.

Tabla 9. Indicaciones de las agencias reguladoras sobre antidepresivos para depresión mayor en niños y adolescentes

FDA	EMA	AEMPS
<ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina, aprobada para pacientes de 8 y más años. - Escitalopram, aprobado para pacientes de 12 años o más. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina, aprobada para pacientes de 8 y más años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina, aprobada para pacientes de 8 y más años. - Nortriptilina, aprobada para pacientes de 6 y más años.

Abreviaturas: FDA: Food and Drug Administration (USA); EMA: European Medicines Agency; AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Elaboración propia.

Tabla 10. Dosis habituales de los ISRS para la depresión mayor en población infanto-juvenil

Fármaco	Dosis inicio (mg/día)	Incremento semanal (mg)	Dosis efectiva (mg)	Dosis máxima en EC (mg)
Fluoxetina	10	10-20	20	60
Sertralina	25	12,5-25	50-100	200
Escitalopram	5	5	10	20
Citalopram	10	10	20	60

EC: ensayo clínico.

Adaptada de fichas técnicas y de:

Rey J, Bella-AwusahTolulope T, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. En: Joseph M. Rey. Mood disorders E1 Depression in children and adolescents [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. [citado 12 ene 2017] [pp 1-36]. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf>.

Carballo J, Figueroa A, García I, Soutullo C, Zalsman G. Trastornos depresivos. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente: Ed. Med. Panamericana; 2010. p. 45-167.

Hernández Otero I, Alda Díez J. Guía Esencial de Psicofarmacología del niño y del adolescente. 2ª ed. Madrid: Soutullo; 2017.

Anexos

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)¹.

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si:	Aumentar la calidad si:
Alta	ECA	Limitación en el diseño: Importante (-1)	Asociación:
Moderada	–	Muy importante (-2)	• Evidencia científica de una fuerte asociación ($RR > 2$ o $< 0,5$ basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1)
Baja	Estudios observacionales	Inconsistencia: Importante (-1)	• Evidencia científica de una muy fuerte asociación ($RR > 5$ o $< 0,2$ basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2)
Muy baja	Otros tipos de diseño metodológico	Muy importante (-2)	Gradiente dosis respuesta (+1)
		Evidencia directa: Importante (-1)	Consideración de los posibles factores de confusión: los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
		Muy importante (-2)	
		Imprecisión: Importante (-1)	
		Muy importante (-2)	
		Sesgo de publicación: Alta probabilidad (-1)	

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes y familiares	Clínicos	Gestores/ Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.

Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes y familiares	Clínicos	Gestores/ Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

Recomendaciones de buena práctica clínica*

✓	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo elaborador.
---	--

*En ocasiones, el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual, probablemente, no existe evidencia científica alguna que lo soporte. En general, estos casos se relacionan con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica.

¹ GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet]. [citado 06 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.gradeworkinggroup.org/>.

Anexo 2. Autoría y colaboraciones

Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia

María Álvarez Ariza. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Sergas.

Carlos Álvarez García. Licenciado en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Sergas.

Gerardo Atienza Merino. Doctor en Medicina. Subdirección de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Sergas.

Rocío Basanta Matos. Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. Sergas.

Ana Goicoechea Castaño. Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría. Centro de Salud de Sárdoma-Bembrive. Sergas.

Amparo González García. Diplomada en Enfermería. Especialista en Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Orense. Sergas.

Elena de las Heras Llenero. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Sergas.

José Mazaira Castro. Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Sergas.

Dolores Montel Carracedo. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud de Fontiñas. Santiago de Compostela. Sergas.

Lucinda Paz Valiñas. Doctora en Biología. Técnica de la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Sergas.

María Tajés Alonso. Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias. S.G. de Planificación y Programación Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Yolanda Triñanes Pego. Licenciada en Psicología. Técnica de la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Sergas.

Lucía Varela Reboiras. Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Sergas.

Coordinación

José Mazaira Castro. Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Sergas.

Yolanda Triñanes Pego. Licenciada en Psicología. Técnica de la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Sergas.

Gerardo Atienza Merino. Doctor en Medicina. Subdirección de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Sergas.

Colaboración

Beatriz Casal Acción. Documentalista. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Sergas.

Teresa Mejuto Martí. Documentalista. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Sergas.

Noemí Raña Villar. Administrativa. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Sergas.

Boris Birmaher. Doctor en Medicina. Departamento de Psiquiatría. Pittsburgh University, Estados Unidos de América.

Elena Garralda Hualde. Catedrática y consultora en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Imperial College of London, Reino Unido.

Joseph M. Rey. Profesor de Psiquiatría. Notre Dame University Medical School Sydney. University of Sydney Medical School, Sydney, Australia.

7 adolescentes y 10 familiares.

Revisión externa

José Ángel Alda Díez. Jefe de Sección del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Julio Bobes García. Catedrático de Psiquiatría vinculado. Universidad de Oviedo. Facultad de Medicina. Área Sanitaria IV. Oviedo.

Francisco Javier Castro Molina. Enfermero de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Aranzazu Fernández Rivas. Jefa de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Óscar Herreros Rodríguez. Facultativo especialista de área. Licenciado de Grado en Medicina y Cirugía. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Amaia Izquierdo Elizo. Facultativo especialista de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Asistencial de Palencia.

Eddy Ives Lefa Sarane. Pediatra, especializada en psiquiatría infanto-juvenil. Directora del Centre Mèdic Sant Ramón. Barcelona.

Alma Dolores Martínez de Salazar Arboleas. Doctora en Psicología. FEA de área de Psicología Clínica. Unidad de gestión clínica de Salud Mental del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Encarnación Mollejo Aparicio. Jefa del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario del Sureste. Madrid.

Carmen Moreno Ruiz. Psiquiatra. Profesora asociada de Psiquiatría en la Universidad Complutense de Madrid. Psiquiatra adjunta. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Enrique Ortega García. Psiquiatra. Coordinador de la USM-IJ de La Palomera. Complejo Asistencial Universitario de León. USM-IJ La Palomera. León.

Beatriz Payá González. Psiquiatra. Coordinadora del área de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Pedro Javier Rodríguez Hernández. Facultativo especialista de área de Psiquiatría. Hospital de Día Infantil y Juvenil Diego Matías Guigou y Costa. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Centro Terapéutico Cango. Asociación Coliseo. Gabinete Pediátrico Don Carlos. Tenerife.

Juan Ruiz-Canela Cáceres. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Virgen de África. Servicio Andaluz de la Salud. Sevilla.

José María Rumbo Prieto. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Complejo Hospitalario de Ferrol. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. A Coruña.

Alfonso Salgado Ruiz. Catedrático de Universidad. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca y Universidad Complutense de Madrid.

Elisa Seijo Zazo. Responsable de Unidad de Hospitalización de Adolescentes. Hospital Universitario Central de Asturias.

Carmen Senra Rivera. Profesora Titular de Universidad. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

César Soutullo Esperón. Profesor Asociado/Profesor Contratado Doctor (ANECA), Consultor Clínico. Director Unidad de Psiquiatría infantil y adolescente, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra) y CUN-Madrid.

María Suárez Gómez. Especialista en Psiquiatría. Servicio Extremeño de la Salud.

Karina Tiripicchio. Co-directora, responsable área Infanto-Juvenil. Centro Mencey, Especialistas en Psiquiatría, Psicología, Logopedia. Tenerife.

Josep Toro Trallero. Profesor emérito de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Luz de Myotanh Vázquez Canales. Médico de Medicina familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almenara. Castellón.

José Ignacio Vázquez Rodríguez. Psicólogo. Representante de pacientes. Responsable de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Asociación Pro Enfermos Mentales (A Coruña). FEAFES Galicia. FEAFES, Confederación Salud Mental España.

Agradecimientos

A los **adolescentes y familiares** que participaron en el proyecto participativo y en la elaboración de recomendaciones de esta GPC.

A **Rosendo Bugarín González**, responsable de la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t), por su labor de gestión.

A **Rafael Millán Calenti**, asesor jurídico de la Consellería de Sanidade, por su revisión del apartado de aspectos legales.

A **Flavia Salcedo Fernández, Patricia Gavín Benavent y María Bono Vega** de GuíaSalud.

Miembros de estas sociedades o asociaciones han participado en la revisión externa de la GPC:

Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME).

Asociación Española de Pediatría (AEP).

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP).

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCCP).

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA).

Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR).

Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES).

Federación de Asociación de Enfermería Comunitaria (FAECAP).

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría (SEMA).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud para el Avance del Siglo XXI (SEPCyS).

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA).

Anexo 3. Abreviaturas

ACIS:	Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud
AEMPS:	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
Avalia-t:	Unidad de Asesoramiento Científico-técnico
BDI:	Inventario de Depresión de Beck
CDI:	<i>Children's Depression Inventory</i>
CDRS:	<i>Children's Depression Rating Scale</i>
CDS:	<i>Children's Depression Scale</i>
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
DAWBA:	<i>Development and Well-Being Assessment</i>
DSM:	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMA:	Agencia Europea del Medicamento
FDA:	<i>Food and Drug Administration</i>
GPC:	Guía de Práctica Clínica
GRADE:	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
ISRS:	inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
PHQ:	<i>Patient Health Questionnaire</i>
TAND:	terapia de apoyo no directiva
TCC:	terapia cognitivo-conductual
TAH:	trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TEA:	trastornos del espectro autista
TF:	terapia familiar
TIP:	terapia interpersonal
TOC:	trastorno obsesivo-compulsivo

