



PERÚ

Ministerio
de SaludVice Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional
de Salud del NiñoDecenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Nº 33 -2023-DG-INSN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 23 de Febrero del 2023

Visto, el expediente con Registro DG-002694-2023, que contiene el Memorando N°109-DEIDAEMNA-INSN-2023 mediante el cual se adjunta la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", elaborada por el Servicio de Psiquiatría.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

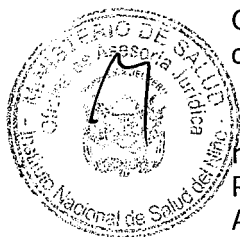
Que, los literales c) y d) del Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA, contemplan dentro de las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad el de implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, mediante Memorando N°109-DEIDAEMNA-INSN-2023, la Dirección de medicina remite a la Oficina de Gestión de la Calidad la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", elaborada por el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando N°081-2023-DG/INSN, de fecha 10 de febrero de 2023, la Dirección General aprueba la "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", elaborada por el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la opinión favorable de la Dirección General, la Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente y la Visación de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;



**SE RESUELVE:**

Artículo 1°.- Aprobar la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", que consta de 39 páginas, elaborada por el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES", en la página web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 18872 - R.N.E. 034554

JATM/REK
DISTRIBUCIÓN

- () DG
- () DA
- () DEIDAEMNA
- () OEI
- () OAJ
- () OGC





Instituto Nacional de Salud del Niño



Unidad de Pediatría

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**GUÍA TÉCNICA PARA EL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
DEPRESIÓN EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

Servicio Salud Mental

Enero 2023



ÍNDICE

I. FINALIDAD	
II.OBJETIVOS	
III.ÁMBITO DE APLICACIÓN	2
IV.PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	
V.CONSIDERACIONES GENERALES:	3
5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:	3
5.2 ETIOLOGÍA:	4
5.3 FISIOPATOLOGÍA:	4
5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:	5-6
5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:	6-8
VI.CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:	8
6.1 CUADRO CLÍNICO:	8-9
6.2 DIAGNÓSTICO:	9-16
6.3 EXÁMENES AUXILIARES:	16-18
6.4 MANEJO:	18-25
6.5 COMPLICACIONES:	25
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:	25-26
6.7 FLUJOGRAMA:	27
VII.RECOMENDACIONES	28
VIII.ANEXOS	28
8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	28
8.2 PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA TÉCNICA	29
8.3 DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES	30
8.4 INSUMOS, EQUIPOS BIOMÉDICOS Y/O MEDICAMENTOS UTILIZADOS	31
8.5 OTROS ANEXOS	31-35
IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36-39



I. FINALIDAD

La finalidad de la presente guía es contribuir al manejo adecuado de niños y adolescentes con depresión, con el fin de brindar un tratamiento oportuno y eficaz y evitar las complicaciones que se pudieran generar con este trastorno.

II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de la presente guía es brindar pautas y recomendaciones actualizadas a los profesionales de la salud mental, para facilitar el abordaje en lo que concierne al diagnóstico y tratamiento de la depresión en la población de niños y adolescentes.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar la información
- Control del procedimiento
- Mejora o innovación de los procedimientos
- Optimización de los recursos
- Eficiencia del sistema
- Seguridad de la Atención

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La población objetivo son los niños y adolescentes con depresión, la guía está dirigida al personal del área de salud mental que participa en la atención de niños y adolescentes con depresión, en el Instituto Nacional de Salud del Niño- Breña.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR: NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Episodio depresivo leve	F32.0
Episodio depresivo moderado	F32.1
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	F32.2
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	F32.3
Otros Episodios depresivos	F32.8
Episodio depresivo sin especificación	F32.9





V. CONSIDERACIONES GENERALES

La depresión en la población infantojuvenil es uno de los trastornos que se presenta con mayor frecuencia, afecta aproximadamente al 10% de niños y adolescentes y se asocia a una morbilidad y mortalidad considerable en el corto y largo plazo (1,2).

El trastorno depresivo afecta las principales áreas de la vida diaria como las relaciones familiares, interpersonales, el rendimiento escolar y las funciones biológicas como el apetito y el sueño.

Los síntomas depresivos en la población infantojuvenil son similares a los que se presentan en adultos, aunque predomina la irritabilidad en lugar del ánimo depresivo y se asocia más a menudo a ansiedad, problemas de conducta, bajo rendimiento, y quejas somáticas.

Las diferencias de presentación de la depresión entre adolescentes y adultos sería consistente con los diferentes mecanismos fisiopatológicos. Utilizando datos de un estudio familiar de dos generaciones se observó que los síntomas vegetativos como cambios en el apetito, peso, energía e insomnio fueron más comunes en adolescentes que en los adultos, mientras que la anhedonia, pérdida de interés y problemas de concentración fueron más comunes en adultos (3)

El trastorno depresivo mayor es uno de los principales factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y para cometer suicidio en la población adolescente

El abordaje de los trastornos psiquiátricos en la población infantojuvenil, no solo compromete a psicólogos y psiquiatras, el pediatra es fundamental para la detección y orientación de los pacientes afectados.

El tratamiento del trastorno depresivo en los niños y adolescentes debe ser considerado como un tratamiento integral debiéndose aplicar técnicas de psicoterapia, fármacos que estén aprobados para esta población de ser necesarios dependiendo de cada caso en particular y las intervenciones psicosociales involucrando a la familia.

La OMS en el año 2014 determinó que la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos entre los 10 y 19 años (4). El suicidio es la cuarta causa de muerte entre adolescentes de 15 y 19 años de edad (5). Estimación de Salud Global 2000-2019). En el rango de edad de 15 a 29 años el suicidio es la segunda causa de muerte en esta población (6).

El manejo de la depresión en niños/as y adolescentes deben incluir cuidados de buena práctica clínica como psicoeducación, seguimiento regular y frecuente, apoyo y cuidado individual, familiar, técnicas psicoterapéuticas básicas, atención a comorbilidades, evaluar riesgo suicida y hospitalización en casos graves.

5.1. DEFINICIÓN

En la actualidad la depresión infanto juvenil se reconoce como una entidad clínica similar a la del adulto y como tal deben aplicarse los mismos criterios diagnósticos. La depresión se caracteriza por ser un trastorno de carácter familiar y recurrente, que





incide en la adaptación social, el desarrollo emocional y el rendimiento académico de los niños. Los pacientes tienen un riesgo mayor de intentos de suicidio, de sufrir otras enfermedades psiquiátricas y de tener depresión y otras alteraciones psicopatológicas en la vida adulta. (7).

La palabra depresión viene del latín "deprimere", que significa hundimiento del ánimo, el trastorno depresivo se define como un permanente estado de ánimo bajo, presente la mayor parte del día, casi todos los días durante un período mínimo de dos semanas, se presentan un conjunto de síntomas predominando la tristeza patológica, apatía, anhedonia, irritabilidad o aburrimiento, sumándose a estos síntomas cognitivos como dificultad en la atención, concentración y quejas somáticas, para diferenciarla de la distimia, esta consiste en un cambio prolongado y persistente de baja del ánimo, que generalmente es menos intenso pero más largo en el tiempo que el trastorno depresivo, con una duración de al menos un año.

En la práctica clínica el trastorno depresivo suele presentarse asociado a otras entidades psicopatológicas, es frecuente la asociación de la depresión con la ansiedad y alteraciones de la conducta.

5.2 ETIOLOGÍA

La etiología de la depresión es muy compleja debido a que participan múltiples factores como los genéticos, neuroanatómicos, neuroendocrinos, inmunológicos, ambientales y familiares, todos estos relacionados entre sí. La vulnerabilidad individual a los factores estresantes y circunstancias ambientales adversas es un factor importante en el riesgo de desarrollar una depresión.

Tras una revisión de la literatura científica KENDLER identificó 37 causas potenciales de la depresión que se distribuían en 10 niveles de explicación científica: genética molecular, neurocientífica de sistemas, de efectos genéticos agregados, de otras influencias biológicas, neuropsicológicas, de la personalidad, cognitiva, ambiental, individual, ambiente familiar y comunitario sociocultural (8).

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Las estructuras anatómicas fundamentales que regulan el estado de ánimo son el sistema límbico, la corteza cerebral, los núcleos basales, la amígdala, el tálamo e hipotálamo y partes del tallo cerebral. La fisiopatología de los trastornos del ánimo ha sido ligada a estos circuitos neuroanatómicos específicamente a las áreas límbicas y paralímbicas, incluyendo la amígdala e hipocampo. La corteza prefrontal dorsolateral y la inferior regulan la atención y el control e inhibición cognitivos, la corteza frontoorbitaria y ventromedial regulan la motivación y el afecto. En la depresión tiene lugar una alteración de la corteza frontoorbitaria ventral y del sistema límbico cuya función es regular los estados emocionales, esta alteración es mayor en el hemisferio izquierdo.

El papel del sistema límbico en la etiopatogenia de la depresión es esencial ya que regula la mayoría de las funciones biológicas que se alteran en la depresión.





Estudios de Biología Molecular han encontrado que el factor neurotrófico BDNF proteína asociada al proceso de plasticidad sináptica, se encuentra disminuido en pacientes deprimidos (9).

Los pacientes con depresión tienen una mayor sensibilidad al estrés, con cifras más altas de cortisol ante circunstancias adversas.

En los infantes hay que diferenciar el cuadro depresivo de las variaciones normales del humor que puedan presentarse en ellos, hay varios subtipos de depresión de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico, duración de la alteración del ánimo y su relación con un evento vital estresante.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia y prevalencia del trastorno depresivo mayor en la población infanto-juvenil varían de algunos estudios a otros dependiendo de la metodología empleada, criterios diagnósticos, del tamaño de la muestra, la edad, fuentes de información, el ambiente en el que se realizó el estudio ya sea en pacientes hospitalizados o ambulatorios entre otras variables.

Respecto a la incidencia de la depresión, su porcentaje está alrededor del 5% en niños y el 20% en adolescentes, siendo esta última cifra similar a la tasa de incidencia de adultos (10).

La depresión mayor en los niños menores de 13 años tiene una prevalencia de 2.8% y en los adolescentes entre 13 y 18 años la prevalencia es de 5.6%.

Según estudios epidemiológicos realizados en Perú el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes, siendo los porcentajes de acuerdo a las regiones la siguiente: costa: 4.4% (lima 8.6%), sierra: 5.7% y selva 4.7% (11)

La alta incidencia y prevalencia del trastorno depresivo en la población infanto-juvenil implica que se realice un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

En cuanto a la edad y género, numerosos estudios confirman que la prevalencia de la depresión aumenta de manera progresiva desde la edad pre escolar a la infancia y hasta la adolescencia y posiblemente a lo largo de la misma (12).

Antes de la pubertad la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar en niñas y niños, incluso levemente superior en los niños, sin embargo entre adolescentes, la prevalencia es mayor en el sexo femenino con una razón de 2:1 (13), lo que podría ser explicado por los cambios hormonales que se producen durante la pubertad, mayores factores de estrés o diferentes formas de afrontamiento.

Entre el 40% y el 90% de los jóvenes con trastorno depresivo presentan otro diagnóstico psiquiátrico. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son: la distimia, trastornos ansiosos, trastornos disruptivos y abuso de sustancias. Los estudios epidemiológicos de distimia que son escasos muestran una prevalencia del 1.6% al 8% en adolescentes. Aproximadamente el 70% de los jóvenes con distimia también presentan un trastorno depresivo (depresión doble). El 50% tiene otro trastorno



directa en ellos. Se considera a los niños y adolescentes como los más vulnerables en el marco de la pandemia, puesto que, sus estructuras y funciones aún están en progreso, especialmente su sistema nervioso. Los casos en que seres queridos de los menores, que resultan emocionalmente significativos para ellos y han padecido la enfermedad, generó diversas reacciones de ansiedad, miedo y depresión en este grupo. Respecto al peligro de contagio, en el rango de edad de 6 a 12 años se observa que es probable manifestar cambios en la conducta, trastornos en el sueño, irritabilidad, apego excesivo, malestar físico, requerimiento excesivo de atención de sus padres, mientras que en los adolescentes de 13 a 18 años pueden ser habituales síntomas físicos, trastornos alimenticios y de sueño, aislamiento de sus seres queridos y compañeros, cambios bruscos de ánimo, entre otros. Las preocupaciones en exceso sobre la salud, sumado a la limitación de acceso a ciertos lugares, puede ser el desencadenante de trastornos de ansiedad y depresión, sin embargo, se considera que las evidencias aún no son suficientes, sobre el impacto psicológico de la Covid-19 en la población en general (20).

5.5.2 ESTILOS DE VIDA

Niños y adolescentes con problemas de conducta, consumo de sustancias psicoactivas son más proclives a sufrir de depresión. La prevalencia de consumo episódico de alcohol entre los adolescentes de 15 y 19 años de edad fue de 13.6% en el 2016 teniendo más riesgo los varones (21). La droga más consumida entre los jóvenes es el cannabis (4.7%) entre los 15 y 16 años de edad (22).

El acoso escolar o "bullying" es también un factor de riesgo para desarrollar depresión en el niño o adolescente que lo sufre. El estrés también es causa de depresión. El sedentarismo, mala alimentación, la falta de actividad física son también factores de riesgo. Considerando otros factores de riesgo familiares lo son el alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas.

La violencia interpersonal fue clasificada como la principal causa de muerte en adolescentes mayores en el 2019.

Los adolescentes que crecieron durante la tecnología digital están más sintonizados con eventos políticos que las generaciones previas (23).

Dentro de los factores de riesgo la autolesión intencional se considera que es un acto llevado a cabo por personas con trastornos psiquiátricos tales como el Trastorno Límite de personalidad, la autoagresión con escaso impacto de morbilidad corporal es puesta en práctica con la intención de disminuir la afección psicológica que interfiere con el bienestar social (24).

5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS

En cuanto a los factores familiares, la existencia de depresión en uno o ambos padres es un factor de riesgo importante a considerar en la depresión de los hijos, los hijos de



psiquiátrico preexistente incluyendo trastorno de ansiedad, trastornos de conducta, trastorno de déficit de atención y enuresis o encopresis.

5.5. FACTORES DE RIESGO

En la actualidad se conoce que en la depresión intervienen factores genéticos y ambientales que interactúan entre sí, siendo el principal factor de riesgo predictivo la carga familiar.

Se han reportado múltiples estudios a gran escala que indican un aumento significativo en síntomas psiquiátricos internalizados autoinformados en adolescentes. El aumento de síntomas psiquiátricos internalizados; pensamientos, sentimientos y conductas que están relacionadas a desórdenes del del ánimo y ansiedad entre adolescentes es debido probablemente a múltiples causas o al impacto de factores de riesgo existentes y a la exigencia de nuevos factores de riesgo como abuso de sustancias, acoso en línea (bullying), medio digital, estrés económico, creencias políticas (14, 15). Los incrementos de estos síntomas han sido más pronunciados en niñas que en niños, también se ha observado hospitalizaciones relacionadas al suicidio y muerte (16,17,18).

5.5.1 MEDIO AMBIENTE

Los principales factores de riesgo en los primeros tres años de vida de la depresión durante la niñez y adolescencia son:

- Falta de apoyo afectivo de la madre
- Falta de apoyo en la crianza
- Bajo nivel educativo de los padres
- Abuso parental, maltrato físico y/o psicológico
- Violencia familiar
- Separación o divorcio de los padres
- Nivel socioeconómico bajo
- Depresión materna
- Limitación física o discapacidad

Son factores muy importantes la calidad de la comunicación e interacción familiar, las características y contexto en que tiene lugar el desarrollo social del niño, conflictividad en el medio familiar en el que se desenvuelve. Los deficientes cuidados del niño y el maltrato son factores de riesgo para desarrollar depresión. Niños y adolescentes que no cuentan con hogar, que viven en instituciones o albergues, refugiados tienen más probabilidad de desarrollar depresión en la adolescencia.

Durante el marco de la pandemia por el Covid-19, este puede contribuir en la salud mental de los niños del mismo modo que lo hacen otras situaciones traumáticas (19).

Según Sanchez Boris et al, (2021) en el marco de referencia de aislamiento social, los grupos con mayor vulnerabilidad en el impacto psicológico, se encuentran los niños y adolescentes, el desarrollo social, mental y físico puede verse afectado de manera



madre con depresión tienen 3 a 4 veces más probabilidades de desarrollar un trastorno del humor.

Los factores genéticos tendrían un peso mayor en las depresiones de inicio temprano que aquellas que empiezan en la adultez. Los portadores de una o dos copias del alelo corto del gen transportador de serotonina 5-HTTLPR (gen con función moduladora de la respuesta al estrés), son muy sensibles a los factores ambientales estresantes, con un riesgo mayor de sufrir depresión, y de que se manifieste más pronto, también tienen una probabilidad mayor de sufrir de alcoholismo.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas de la depresión en los niños varían con la edad, el desarrollo cognitivo, emocional y la capacidad para poder expresar sus sentimientos y emociones, la clínica de la depresión en los adolescentes es similar a la del adulto, con ánimo deprimido o irritable, pérdida de interés en las actividades diarias, las ideas de suicidio son más frecuentes que en niños.

Los trastornos depresivos en la edad preescolar (3 a 6 años) se caracterizan por presentar síntomas siendo más frecuentes la tristeza o malhumor, la anhedonia es característica y las dificultades en el apetito y sueño (25), hay que mencionar que los niños en este rango de edad tienen muchas dificultades para expresar pensamientos negativos, por lo que los síntomas que resaltan son las quejas somáticas, los problemas de conducta, entre otros que serían "equivalentes depresivos".

La clínica de la depresión en la edad escolar es más fácil de diagnosticar, ya que el niño a partir de los 7 años es capaz de expresar mejor sus emociones y sentimientos.

Los trastornos depresivos en los adolescentes se caracterizan por una evolución crónica en el tiempo con remisiones y recurrencias, siendo esta última más frecuente si el episodio inicial ha sido severo, si están presentes antecedentes familiares de riesgo o si la respuesta al tratamiento es parcial o deficiente (26).

6.1.2 INTERACCIÓN CRONOLÓGICA

- Menores de 7 Años: En esta población los síntomas más frecuentes son la tristeza o la irritabilidad y los problemas en el sueño y el apetito. Pueden presentar rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas como dolor de cabeza, dolor abdominal, pérdida de interés por los juegos habituales, disminución o aumento de la actividad motora y abulia. Puede haber comorbilidad con TDAH, trastorno de ansiedad, trastorno de conducta oposicionista desafiante, y trastornos como la enuresis o encopresis.



- Niños de 7 Años a edad puberal: En el área afectiva y conductual pueden presentar irritabilidad, agresividad, agitación o enlentecimiento psicomotor, astenia, apatía, tristeza, sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. En el área cognitiva y actividad escolar pueden presentar falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, baja autoestima, fobia escolar, problemas de conducta en la escuela.

En el área familiar pueden darse conflictos con los miembros de la familia. En el aspecto somático puede haber dolores de cabeza, abdominales, disminución o aumento del apetito, trastornos del sueño. En esta edad son frecuentes las comorbilidades con otros trastornos como TDAH, ansiedad, conducta oposicionista desafiante.

- Adolescentes: En esta población los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, sentimientos de no ser aceptado, aislamiento, descuido en el aseo personal, tristeza, anhedonia, auto reproches, disminución de la autoestima. Se presentan con más frecuencia ideas suicidas o intentos. Es frecuente la comorbilidad con TDAH, trastornos de ansiedad, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria, conducta disocial.

6.2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico del trastorno depresivo debe de realizarse mediante la entrevista clínica, la cual comprende hacer una historia clínica muy detallada para lo cual es indispensable la colaboración de los padres, también es de mucha utilidad la de los profesores, y la opinión del médico pediatra, debe realizarse la exploración muy cuidadosa del niño, para lo cual deben emplearse métodos verbales y no verbales debido a la dificultad de los niños para poder expresar sus ideas y pensamientos y reconocer síntomas importantes para el diagnóstico. La sintomatología depresiva en los niños y adolescentes es característica en cada etapa del desarrollo evolutivo. Del diagnóstico dependerá la elección del tratamiento correcto tanto el farmacológico como la psicoterapia, así como la orientación brindada a los padres. La fenomenología básica de la depresión mayor en niños y adolescentes es similar a la de los adultos, aunque con algunas variaciones relacionadas al nivel madurativo, la irritabilidad en estas etapas constituye el síntoma característico de la depresión y también varía la frecuencia de los distintos síntomas (27)

Antes de realizar el diagnóstico de la depresión debemos de preguntarnos si es causada por una condición médica o por alguna medicación o ambas, si esta depresión está relacionada al uso de sustancias psicoactivas o al abuso de alcohol, si esta depresión es debido a un factor vital estresante.





El diagnóstico de la depresión primaria requiere que el médico descarte otras patologías de causas médicas que pueden originar depresión como las endocrinopatías, enfermedades crónicas, enfermedades malignas, mononucleosis, anemia, deficiencia de vitaminas o ácido fólico, también a medicamentos como isotretinoína u otros. Si una de las causas está presente sería una depresión secundaria a alguna condición médica o medicamento.

6.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos más utilizados son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE 10) y los de la Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM 5).

Los criterios de la CIE 10 comprenden una lista de diez síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado y grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés o capacidad para disfrutar, aumento de la fatigabilidad, otras manifestaciones son: disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o autoagresiones, trastornos del sueño y del apetito, y que la duración de estos síntomas sea de un mínimo de dos semanas.

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

A. Criterios generales para episodio depresivo

- 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:

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. – La pérdida de interés puede ser en el juego, en el ocio en general o en las actividades escolares. – 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.





Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente. Indicios no verbales de conducta suicida incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.). Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar. Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo. Los niños pueden dejar de ganar peso en vez de perderlo. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

D. Puede haber o no síndrome somático.

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 (27)

La CIE 10 clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 el trastorno depresivo recurrente.

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado





F33	Trastorno depresivo recurrente
F34	Trastornos del humor persistentes
F34.0	Ciclotimia
F34.1	Distimia
F38	Otros Trastornos del humor (afectivos)
F39	Trastornos del Humor (afectivo) sin especificación

Siempre deben estar presentes dos de los tres síntomas característicos de la depresión:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

En cuanto al CIE 11 con respecto al concepto de episodio depresivo, son dos los síntomas nucleares: el estado de ánimo depresivo y la disminución del interés en las actividades, en el CIE 10 se añadía la disminución de energía o fatigabilidad. La desesperanza se ha añadido como un síntoma cognitivo adicional debido a la fuerte evidencia de su valor predictivo para el diagnóstico de trastornos depresivos.

En lo que respecta a la diferenciación de los grados ya no es por un número determinado de síntomas sino por su intensidad e interferencia con la vida laboral, social o doméstico, el nivel leve tiene algún grado de dificultad aunque no considerable, el moderado tiene una considerada dificultad y el grave es incapaz de funcionar en lo personal, familiar, social, educativas, ocupacional o en otros dominios importantes de la vida. Otra inclusión es que el grado de depresión moderada puede acompañarse de síntomas psicológicos ya no solo en el grave como estaba estipulado en el CIE 10. Bajo el epígrafe de presentaciones sintomáticas y de curso se puede añadir una serie de especificaciones como morbilidad asociada con ansiedad o ataques de pánico, con síntomas melancólicos, patrón estacional etc. CIE 10 CIE 11 (28).

En cuanto al DSM 5 divide la anterior clasificación de "trastornos del estado de ánimo" en "trastornos depresivos" y "trastorno bipolar y trastornos relacionados", esta quinta edición del DSM no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos de la anterior edición (DSM IV-TR) para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual.

La persona debe presentar un mínimo de 5 síntomas, de los cuáles al menos uno tiene que ser estado de ánimo depresivo o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades, los síntomas deben estar presentes un mínimo de dos semanas, el trastorno depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.





En la quinta edición del DSM, se introduce el especificador "con características mixtas" que identifica los cuadros en los que coexisten síntomas depresivos con al menos tres síntomas maníacos o hipomaniacos de un listado de siete. Otro especificador nuevo hace referencia a los cuadros de depresión mayor que cursan con síntomas ansiosos, la presencia de por lo menos dos síntomas de ansiedad de un listado de cinco, hacen que la persona presente este especificador.

Se debe especificar: con ansiedad, con características mixtas, melancólicas, atípicas, con características psicóticas congruentes o no con el estado de ánimo, con catatonía.

Se traslada la especificación de "crónico" del trastorno depresivo mayor a los trastornos depresivos persistentes como la distimia, por lo que además de esta se contempla la posibilidad de un trastorno depresivo mayor crónico o con episodios intermitentes.

EL DSM 5, incluye nuevas entidades nosológicas en los trastornos depresivos como:

- Trastorno de desregulación afectiva del estado de ánimo que incluye a niños y adolescentes hasta los 18 años de edad con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol.
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo persistente.
- La distimia se incluye en el trastorno depresivo persistente, con especificadores: inicio temprano / tardío / en remisión.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL DSM 5

- A. Cinco de los siguientes síntomas persisten dos semanas, uno de los síntomas debe ser ánimo depresivo o pérdida de interés.
1. Ánimo depresivo habitual (tristeza, desánimo, desesperanza). En los niños irritabilidad.
 2. Pérdida de interés en las actividades diarias.
 3. Pérdida significativa de peso sin hacer dieta, aumento o disminución del apetito.
 4. Insomnio o hipersomnia.
 5. Agitación o retraso psicomotor.
 6. Fatiga o pérdida de energía
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa
 8. Ideas de suicidio, preocupaciones, planes, intentos.





- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- C. El cuadro clínico no se debe a una enfermedad o a consumo de drogas.
- D. No hay Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo.
- E. No hay ni 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 (29)

El DSM 5 -TR dentro de los Trastornos Depresivos incluye el Trastorno de desregulación afectiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor (incluyendo el episodio depresivo mayor), trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo persistente, trastorno depresivo inducido por medicamentos o sustancias, trastorno depresivo debido a otra condición médica, otro trastorno específico especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Los síntomas comunes en todos estos trastornos son la presencia de tristeza, ánimo irritable o vacío, acompañados de cambios que afectan la funcionalidad del individuo. En esta revisión se incluye como novedad el trastorno de duelo prolongado que no estaba considerada en el DSM 5, en este





también se eliminó el trastorno de ánimo no especificado, en esta revisión se ha vuelto a incluir para incluir una gama de posibles trastornos del estado de ánimo, evitando así diagnósticos erróneos. En esta revisión se ha incluido también a su lista de diagnósticos las autolesiones sin tendencia suicida, que no estaba considerado en el DSM 5 (29)

Tanto en la CIE 10 como el DSM 5, la gravedad de los episodios se basa en la intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional, clasificándose en leves, moderados o graves.

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe realizar un diagnóstico diferencial de acuerdo a la edad del paciente y a las características de la sintomatología que se presentan en el episodio depresivo.

Trastorno Bipolar: se presentan episodios de hipomanía o manía alternados con episodios depresivos, generalmente en este trastorno hay una predisposición familiar importante.

Trastornos Médicos:

Endocrinológicos como hipotiroidismo, diabetes, enfermedad de "Adisson", Cushing, hipopituitarismo, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo.

Inmunológicos como lupus eritematoso sistémico.

Neurológicos como epilepsia, tumores, síndrome post concusión.

Infecciosos como hepatitis, mononucleosis, encefalitis, endocarditis, neumonía, TBC, hepatitis, sífilis, Sida.

Otros: Anemia, epilepsia, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple.

En estos casos hay que tomar en cuenta el tiempo de evolución de los síntomas.

Medicamentos:

También hay que tener en cuenta que existen algunos medicamentos que pueden causar sintomatología depresiva en niños y adolescentes, es importante preguntar en la anamnesis si es que están tomando algún medicamento y en la población adolescente si hay algún consumo de sustancias psicoactivas. Medicamentos que pueden dar síntomas depresivos: corticosteroides (glucocorticoides sistémicos), clonidina, anticonvulsivantes, aminofilina, benzodiazepinas, antihipertensivos, diuréticos tiazídicos, cimetidina, anticonceptivos orales.

Tóxicos:

Alcohol, Cannabis, anfetaminas, cocaína, opioides.





Algunas condiciones médicas o el uso de algunos medicamentos mencionados en el párrafo anterior pueden causar depresión, por lo que esta sería una depresión secundaria a la condición médica o al medicamento.

6.2.3 COMORBILIDAD

Es muy frecuente que se presenten dos o más estados comórbidos, puede deberse a la etiología compartida, o como consecuencia de la depresión, la ansiedad es una comorbilidad muy frecuente, en algunas muestras clínicas alcanza una tasa de 75%.

Se estima que un tercio de los individuos de la población general tienen al menos otro trastorno mental. Aproximadamente el 30% de los trastornos ansiosos y depresivos pueden tener un trastorno por uso de sustancias (30).

En niños pequeños la comorbilidad asociada más frecuente es la ansiedad de separación. Los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad como: ansiedad de separación, fobia social y trastorno de pánico, tienen un alto riesgo de padecer depresión mayor. Los niños y adolescentes con padecimientos médicos y trastornos no depresivos como el TDAH, trastornos de conducta, trastornos del espectro autista, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno límite de personalidad tienen un riesgo alto de desarrollar una depresión secundaria.

Los estudiantes con TDAH se enganchan con más frecuencia al consumo de alcohol, marihuana y otras drogas, presentan mayores síntomas de depresión que los estudiantes sin TDAH (31).

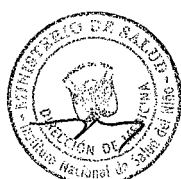
Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad, de conducta y abuso de sustancias.

La presencia de comorbilidad representa una peor respuesta al tratamiento así como un peor pronóstico, mayor tendencia a la cronicidad y riesgo de conductas suicidas.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

La evaluación debe abarcar la sintomatología propia del cuadro depresivo, sin dejar de lado las ideas de suicidio e intentos, la exploración del estado mental, los síntomas de la comorbilidad asociada, el rendimiento académico, la adaptación escolar, familiar y social y los antecedentes personales y familiares (32).

Existen diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes como entrevistas y cuestionarios autoaplicativos o guiados por el profesional a cargo, los hay generales y otros más específicos.





6.3.1 CUESTIONARIOS

Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes y determinar qué áreas pueden estar afectadas: afectiva, conductual, cognitiva y fisiológica, pueden cuantificar la intensidad de la sintomatología, áreas conductuales problemáticas, diferenciar el tipo de trastorno depresivo. En general los cuestionarios no son válidos para realizar el diagnóstico de depresión, se requiere la evaluación clínica de un profesional competente con utilización de todas las fuentes de información y la evaluación clínica del paciente.

- Inventario de depresión en niños **Kovacs** (CDI), 1992

1ra Adaptación y validación al castellano: versión corta: Del Barrio et al 2002, Acción Psicológica 2002, 1 (3): 263-72.

- 2do Inventario de depresión de **Beck**, 1996

Adaptación y validación al castellano: **Sanz** et al 2013. Inventario Beck II para adolescentes 2016, Jose Alfredo Contreras-Valdez et al, Ter Psicol Vol 33 N° 3, Santiago 2016.

- Escala de depresión en adolescentes **Kutcher** (KADS), KADS 6 – ítem, KADS 11 – ítem Escala autoinformada, Sarah Brokes, et al August 2004, Child Adolescent Psychopharmacology News 9(5): 4-6.

- Escala **PHQ-9** versión para adolescentes. Adaptado del "Patient Health Questionnaire" (PHQ). Adaptación y validación al castellano para Chile por Borghero et al, 2018, Rev. Med Chile 2018; 146: 479-486,

- Escala de **Birleson** Modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos.

Adaptación: Vivar R, Pacheco Z, Adrianzen C, Macciotta B, Marchena C; 2005

6.3.2 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El test de supresión con dexametasona (fallo de la supresión de liberación de cortisol) es una prueba diagnóstica de depresión de tipo biológico que es útil en la depresión grave, depresión con síntomas psicóticos, en las que tiene una sensibilidad del 60-70%, frente al 40-50% en el resto de cuadros clínicos de depresión.

En estudios que se han realizado con Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Funcional se ha evidenciado una disminución de la actividad y del volumen de la corteza cingulada anterior en pacientes deprimidos, así como reducción del volumen del hipocampo y de la amígdala en el lóbulo temporal de estos pacientes, también disminución de volumen del núcleo caudado y estriado ventral. En estudio de





Espectroscopia se ha evidenciado alteración en el metabolismo de la corteza orbitofrontal. *Fuente: Journal of Biol Psych 2017; Neurobiology of depression " A neurodevelopmental approach. (9).*

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

Se deben implementar programas de detección oportuna los cuáles deben incluir: educación para la salud, capacitación para el personal que labora en el primer nivel de atención, atención a la presencia de conductas suicidas, intervención en poblaciones de riesgo. También se deben implementar programas de prevención y de autoayuda en las escuelas. La intervención debe de ser con un enfoque multidisciplinario que involucre a la familia, comunidad, escuelas y salud. Se debe prestar atención a comorbilidades y evaluar hospitalización en casos graves.

El manejo de la depresión en niños y adolescentes debe incluir cuidados de buena práctica clínica como:

- Psicoeducación
- Seguimiento regular y frecuente
- Apoyo y cuidado individual
- Manejo de circunstancias ambientales
- Técnicas psicoterapéuticas básicas
- Atención a comorbilidades
- Evaluar riesgo de suicidio
- Evaluar hospitalización en casos graves

6.4.2 TERAPÉUTICA:

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión en la infancia y adolescencia incluyen diversas técnicas, que se diferencian en su base teórica, tipo de actividades, duración y frecuencia del tratamiento, además de su diferenciación en su aplicación ya sea individual, familiar o grupal.

Las psicoterapias más eficaces en la depresión de los niños y adolescentes son la terapia cognitivo conductual, la interpersonal, la dialéctica, la de habilidades sociales y la intervención psicosocial (33).

La psicoterapia tiene como finalidad mejorar la imagen personal del niño y su autoestima, así como contribuir a la resolución de las dificultades de la vida cotidiana o ayudar a aceptarlas cuando son de difícil solución, en los niños pequeños es recomendable la utilización de la terapia a través del juego.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es la que cuenta con un mayor número de estudios y es la más investigada. Es una terapia centrada en el presente, y se asume





que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades. El abordaje terapéutico incluye técnicas conductuales (afrontamiento), técnicas emotivas y técnicas de reestructuración cognitiva.

Keles et al realizó un meta análisis para evaluar los efectos a corto y a largo plazo de la terapia cognitivo conductual grupal aplicada a adolescentes con depresión, los hallazgos sugieren que esta modalidad de terapia debe considerarse un importante tratamiento para adolescentes con depresión (34).

La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman et al 1984 con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se ha empleado como un tratamiento independiente. Se centra en tres componentes básicos del trastorno depresivo: la formación de los síntomas, la personalidad y la adaptación social del sujeto. El modelo terapéutico se focaliza en cuatro problemas interpersonales: duelo, disputas interpersonales, transición del rol y déficits interpersonales (35).

Mufson et al 1993 fueron los primeros en adaptar la TIP para su uso en adolescentes con depresión (TIP-A) (36). Se utiliza con la frecuencia de una vez por semana durante 12 semanas, consta de 12 sesiones individuales a las que se añaden sesiones que incluyen a los padres. Se abordan aspectos de la adolescencia como individualización, establecimiento de autonomía, desarrollo de relaciones sentimentales, estrategias de afrontamiento frente a pérdidas interpersonales y manejo de la influencia de los compañeros.

Los estudios disponibles hasta la actualidad son escasos, aunque señalan que la TIP es eficaz en el tratamiento de la depresión en los adolescentes, sin embargo deben de realizarse más estudios para poder obtener conclusiones definitivas.

La terapia dialéctica-conductual (TDC) pertenece al grupo de las terapias de tercera generación dentro del modelo cognitivo conductual, fue desarrollada por Marsha M. Lineham para el abordaje del trastorno límite de personalidad, aunque se ha ido utilizando para otros trastornos como el de la conducta alimentaria, abuso de sustancias.

La TDC es un tratamiento que incluye terapia individual y grupal y combina la terapia individual y grupal y combina técnicas clásicas como solución de problemas, exposición, entrenamiento en habilidades y reestructuración cognitiva con técnicas novedosas como la Aceptación y el Mindfulness.

El objetivo es enseñar y entrenar habilidades básicas, reducir la ideación y conducta suicida, reducir las conductas que interfieren con la terapia y las que interfieren con la calidad de vida y aumentar habilidades comportamentales, de atención plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y eficacia interpersonal.

La "Guía Nice" recomienda, ofrecer a los niños y adolescentes con depresión leve sin comorbilidad o ideación suicida, terapia de apoyo no directiva, terapia cognitivo conductual grupal o auto ayuda guiada por un período de 2 a 3 meses. En el caso de depresión moderada a grave recomienda una terapia psicológica específica como TCC





individual, TIP, terapia familiar o terapia psicodinámica durante al menos tres meses (37).

En los niños menores de 12 años en el caso de depresión leve a moderada se recomienda inicialmente la utilización de una de las terapias que hayan mostrado alguna evidencia favorable para la población infanto-juvenil en general y sean de aplicación en este grupo de edad TCC, TIP familiar, terapia familiar o terapia de apoyo no directiva, en caso de depresión grave se recomienda la TCC y la TIP familiar, por ser las que presentan mayor evidencia en la población infanto-juvenil.

En adolescentes con depresión mayor los tratamientos psicológicos que han mostrado ser más eficaces en estudios controlados son la terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual, por lo que se recomiendan como primera línea de elección en este grupo de edad.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La elección del tratamiento debe basarse en la evidencia clínica que existe sobre la eficacia de las distintas intervenciones terapéuticas, las características individuales y familiares de paciente, los tratamientos disponibles y la experiencia clínica del médico, cuando la depresión es leve se debe tratar con terapias de apoyo, asesoramiento a padres y entrenamiento en la resolución de problemas, el tratamiento farmacológico con antidepresivos está recomendado en depresión moderada y grave, se recomienda la hospitalización en casos de riesgo de intento suicida o cuando la familia no colabora para la recuperación del menor (familias disfuncionales).

La prescripción de antidepresivos en niños y adolescentes debe de realizarse bajo supervisión de un médico especialista y las dosis deben de ser individualizadas. El tratamiento debe de iniciarse con dosis bajas, iniciando con la mitad de la dosis media eficaz llegando a esta dosis en una o dos semanas si es que no aparecieran efectos adversos, luego se debe evaluar la respuesta al tratamiento, de no conseguirse esta se podrá aumentar la dosis progresivamente hasta llegar a la dosis máxima eficaz siempre y cuando exista una buena tolerancia al medicamento, si después de 4 semanas con la dosis máxima eficaz la respuesta es insuficiente estaría indicado el cambio de tratamiento.

Al concluirse el tratamiento el retiro del fármaco debe de realizarse en forma gradual para evitar síntomas de discontinuación.

Los únicos antidepresivos que han demostrado ser eficaces en niños y adolescentes son los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS).

Se han realizado más estudios con la fluoxetina demostrando mayores evidencias sobre su beneficio en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes. La FDA aprobó su uso desde los 8 años de edad, por lo que debe de considerarse el primer fármaco de elección, la sertralina también ha presentado efectos beneficiosos en esta población y el escitalopram es el segundo fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes desde los 12 años de edad. Cuando un niño o joven responde al tratamiento con fluoxetina la medicación debe





continuar por lo menos 6 meses después de la remisión (definida como no presencia de síntomas y funcionamiento óptimo por lo menos 8 semanas (6 meses después de estas 8 semanas) (37).

Si el tratamiento con fluoxetina no es exitoso o no es bien tolerado por efectos adversos, se debe utilizar otro antidepresivo en este caso sertralina o citalopram que son la segunda línea de tratamiento, en junio del 2019 el uso de sertralina y citalopram en menores de 18 años estaba off label (37).

La Paroxetina y venlafaxina no deben ser utilizados en el tratamiento de la depresión en niños y jóvenes. los antidepresivos tricíclicos tampoco. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) y la mirtazapina no han demostrado ser eficaces en niños y adolescentes. los IRSN son menos tolerados que el placebo, la venlafaxina ha mostrado un riesgo de ideas suicidas mayor que otros antidepresivos por lo que su uso en esta población estaría contraindicado. (37).

Los efectos adversos que pueden producir los ISRS son leves y transitorios, generalmente se presentan al inicio del tratamiento, mejorando en una o dos semanas, los más frecuentes son dolor de cabeza, molestias digestivas como náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, puede darse sudoración excesiva, alteraciones del sueño como insomnio o hipersomnia en las mañanas, alteraciones del apetito y de la función sexual. La mayoría de estos efectos secundarios son dosis dependientes y pueden controlarse disminuyendo la dosis del fármaco. La somnolencia es más frecuente en adolescentes que en niños, mientras que la activación conductual es más frecuente en niños que en adolescentes. El efecto adverso que más preocupa y causa controversia es que puedan asociarse a mayor riesgo de presentar ideas o conductas suicidas.

En el año 2004 la FDA concluyó que el uso de antidepresivos en la población infanto-juvenil aumentaban el riesgo de ideación o conducta suicida del 2 al 4% comparado con el placebo, los resultados fueron más con la ideación suicida que con la conducta suicida, no se informaron actos consumados, este riesgo se observaba mayormente al inicio del tratamiento, por lo que se obligó a incluir una advertencia en todos los antidepresivos respecto a este efecto adverso en niños y adolescentes.

Por tal motivo es muy importante realizar una monitorización sostenida sobre todo durante las primeras semanas del tratamiento con antidepresivos. El tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia debe ser integral abarcando tratamiento psicoterapéutico, farmacológico y psicosocial en beneficio de esta población.

El riesgo de no tratar la depresión con un ISRS es mayor que el riesgo de tratarla.

DOSIS DE LOS ISRS.

En el siguiente cuadro se muestra el fármaco antidepresivo, la dosis de inicio recomendada para iniciar el tratamiento farmacológico, los incrementos de las dosis, la dosis efectiva y la dosis máxima.





FÁRMACO ANTIDEPRESIVO	DOSIS INICIO (MG/DIA)	INCREMENTO SEMANAL (MG)	DOSIS EFECTIVA (MG)	DOSIS MÁXIMA (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

Dosis de los Antidepresivos ISRS. Fuente: Soutullo C. Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente. Editorial Médica Panamericana, 2017

DEPRESIÓN MAYOR LEVE

En niños y adolescentes con depresión leve y ausencia de factores de riesgo como ideación o conducta suicida deben ser atendidos y observados por el médico pediatra o de familia por 2 a 4 semanas y deben brindarles apoyo al menor y su familia mediante pautas psicoeducativas y manejo de situaciones familiares, escolares y sociales. Si durante este período los síntomas se agravan o persisten se debe derivar al menor a atención especializada en niños y adolescentes, el tratamiento de elección sería un tratamiento psicológico por un tiempo de 8 a 12 semanas, se recomienda la terapia cognitivo conductual o interpersonal. No se recomienda la utilización de fármacos antidepresivos en depresión mayor leve.

Según la GUÍA NICE los medicamentos antidepresivos no deberían de usarse para el tratamiento inicial en niños y jóvenes con depresión mayor leve, se debe de discutir la opción de una terapia psicológica con la familia y el paciente. (37).

DEPRESIÓN MAYOR MODERADA

Los niños que presentan depresión mayor moderada o grave deben ser derivados para atención especializada en salud mental para esta población. Se recomienda inicialmente tratamiento psicológico mediante terapia cognitivo-conductual, interpersonal familiar o terapia de apoyo no directiva.

Para los adolescentes con depresión mayor moderada pueden escogerse tres opciones de tratamiento:

- Tratamiento Psicológico
- Tratamiento Farmacológico
- Tratamiento Combinado





Para el tratamiento psicológico se recomienda la terapia cognitivo-conductual o interpersonal mediante sesiones estructuradas durante 8 a 12 semanas con posterior seguimiento.

En el tratamiento farmacológico se debe de elegir un ISRS el cual debe de ser monitorizado y regulado según las recomendaciones descritas anteriormente.

La eficacia del tratamiento depende de las características del cuadro clínico, el ambiente familiar, la respuesta individual a los fármacos, el cumplimiento y el tiempo de mantenimiento, la eficacia del tratamiento es menor cuando hay comorbilidad particularmente con TDAH o con ideación suicida, la gravedad del cuadro clínico, conflicto familiar, ideas suicidas. Otros predictores de mala respuesta son los síntomas melancólicos, sentimientos de desvalimiento, los síntomas psicóticos, el antecedente de experiencias traumáticas como maltrato, abuso sexual.

Una acción fundamental para la eficacia del tratamiento y para evitar las recaídas es dar dosis adecuadas y mantener la medicación el tiempo necesario, no menos de un año luego de haber desaparecido el cuadro clínico.

DEPRESIÓN MAYOR GRAVE

La depresión mayor debiera ser considerada grave cuando un paciente experimenta todos los síntomas de la lista del DSM 5, también si presenta deterioro severo del funcionamiento global, plan de suicidio, intento recurrente, síntomas psicóticos, parientes cercanos con trastorno bipolar (38).

En niños y adolescentes con depresión grave se recomienda la elección del tratamiento combinado asociando una terapia cognitivo-conductual o interpersonal con tratamiento farmacológico (ISRS).

Los pacientes con depresión severa tienen una mejor respuesta a la farmacoterapia que los que presentan depresión leve a moderada (39).

Cuando la depresión grave se acompaña de síntomas psicóticos o riesgo suicida debe considerarse el ingreso a una unidad de hospitalización.

En niños y adolescentes que presentan depresión con síntomas psicóticos se recomienda potenciar el efecto antidepresivo con un medicamento antipsicótico de segunda generación, considerando su perfil de efectos adversos y se inicia con dosis bajas y se aumenta gradualmente hasta llegar a la dosis adecuada. Según la GUÍA NICE la dosis óptima y la duración del tratamiento no se conoce (37).

Factores de Buena Respuesta al Tratamiento:

- Menos edad
- Menos tiempo de evolución
- Mejor funcionamiento
- Menos desesperanza e ideación suicida
- Menos rasgos melancólicos



- Menos trastornos comórbidos
- Menos expectativa de mejoría

En un estudio en el que se revisaron 489 artículos y 13 estudios evaluando la eficacia del tratamiento de la depresión en adolescentes utilizando fluoxetina vs fluoxetina con terapia cognitivo conductual (TCC) se concluyó que aquellos tratados con fluoxetina y psicoterapia cognitiva conductual (TCC) tuvieron una reducción importante de la incidencia de síntomas depresivos que aquellos tratados sólo con fluoxetina (40).

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS CON EL TRATAMIENTO

En cuanto a los efectos adversos que se pueden presentar con los medicamentos que se utilizan en la población infantojuvenil especialmente los IRSR como la fluoxetina, sertralina, escitalopram, se describen los siguientes:

- Disfunción sexual
- Disminución del apetito, náuseas, diarrea, estreñimiento, sequedad de boca.
- Insomnio, sedación, agitación, temblores, dolor de cabeza y mareos.
- Sudoración
- Hematomas y raramente hemorragias
- Hiponatremia (muy raro)

Los efectos adversos derivados de los antipsicóticos atípicos son: ganancia de peso, somnolencia e hiperprolactinemia (41, 42).

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

En el año 2004 la FDA, advirtió sobre la posible asociación entre el tratamiento con antidepresivos ISRS y el incremento de ideación suicida en niños y adolescentes, por tal motivo se dispuso que los medicamentos debían de poner esta advertencia, aunque es controversial el hecho de que realmente estos medicamentos puedan incrementar la ideación suicida. Siempre se recomienda vigilar al paciente al inicio del tratamiento con antidepresivos ya que pueden producir activación lo que favorece que el paciente actúe sobre una idea suicida que previamente tenía.

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

En cuanto al tratamiento con fármacos antidepresivos se debe de realizar gradualmente los aumentos de las dosis hasta alcanzar el rango terapéutico del fármaco, se recomienda que el tratamiento se mantenga 6-12 meses una vez alcanzada la mejoría clínica, debiéndose disminuir progresivamente la dosis.





6.4.6 PRONÓSTICO

El pronóstico de la depresión mayor depende de algunos factores como la edad de inicio, la intensidad de los síntomas, duración y recurrencia de los episodios, en términos generales la comorbilidad genera un peor pronóstico.

La depresión infantil se caracteriza por un curso clínico recurrente, la depresión tiende a persistir hasta la vida adulta con altas tasas de recurrencia (60-70%). La recidiva de la depresión mayor en niños es habitual, en el 31.6% de ellos se diagnostica con trastorno bipolar (43).

La comorbilidad es un factor importante que implica un peor pronóstico, en las mujeres incrementa la recurrencia temprana, en los varones mayor probabilidad de que la depresión sea persistente.

Dentro de los factores de mal pronóstico se considera el TDAH, el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos de conducta.

Generalmente los trastornos depresivos que inician en la infancia y adolescencia siguen un curso que se caracteriza por la recurrencia.

6.5. COMPLICACIONES

La psicosis puede presentarse como parte de un episodio depresivo, siendo este factor sugerente de que el adolescente pueda desarrollar un trastorno bipolar a una edad más avanzada.

En los pacientes con trastorno del ánimo que consumen sustancias se modifica el tratamiento de base, se modifican los síntomas, empeora el curso con aumento de la cronicidad y el riesgo suicida y disminuye la eficacia del tratamiento. Los trastornos depresivos hacen evolucionar peor la adicción, con mayor número de sustancias, edad de comienzo menor y contribuyen a mantener o recaer en el consumo (30).

La complicación más severa del trastorno depresivo es el suicidio, con un riesgo cercano al 3% durante los 10 años siguientes a la aparición del trastorno. Es muy importante evaluar el riesgo suicida en un adolescente con episodio depresivo al momento de realizar el diagnóstico y durante el tratamiento, se evaluará su evolución en el tiempo, siendo importante las acciones destinadas a la prevención del suicidio.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El Instituto Nacional del Niño tiene nivel III-2 de complejidad, por lo que cuenta con el nivel más alto de resolución, siendo factible de recibir referencias para diversas especialidades pediátricas, clínicas y quirúrgicas.





En lo que respecta a trastornos psiquiátricos las instituciones especializadas son el Hospital "Víctor Larco Herrera" nivel III-1, Hospital "Hermilio Valdizán" nivel III-1, y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi nivel III-2, como son hospitales de nivel III cuentan con unidades de Emergencia, Hospitalización psiquiátrica que nuestra institución no cuenta.

Criterios de Referencia:

De un establecimiento de menor complejidad al Instituto Nacional de Salud del Niño Breña:

- El Instituto al ser un establecimiento de tercer nivel de atención y complejidad Nivel III-2, cuenta con el recurso profesional capacitado para la atención de este trastorno, es importante señalar que nuestra institución no cuenta con el servicio de hospitalización psiquiátrica.
- Los criterios de referencia deben ser los siguientes:
 1. No respuesta a protocolo de tratamiento.
 2. Depresión moderada o grave sin y/o con síntomas psicóticos
 3. Aparición de complicaciones en el paciente tratado.

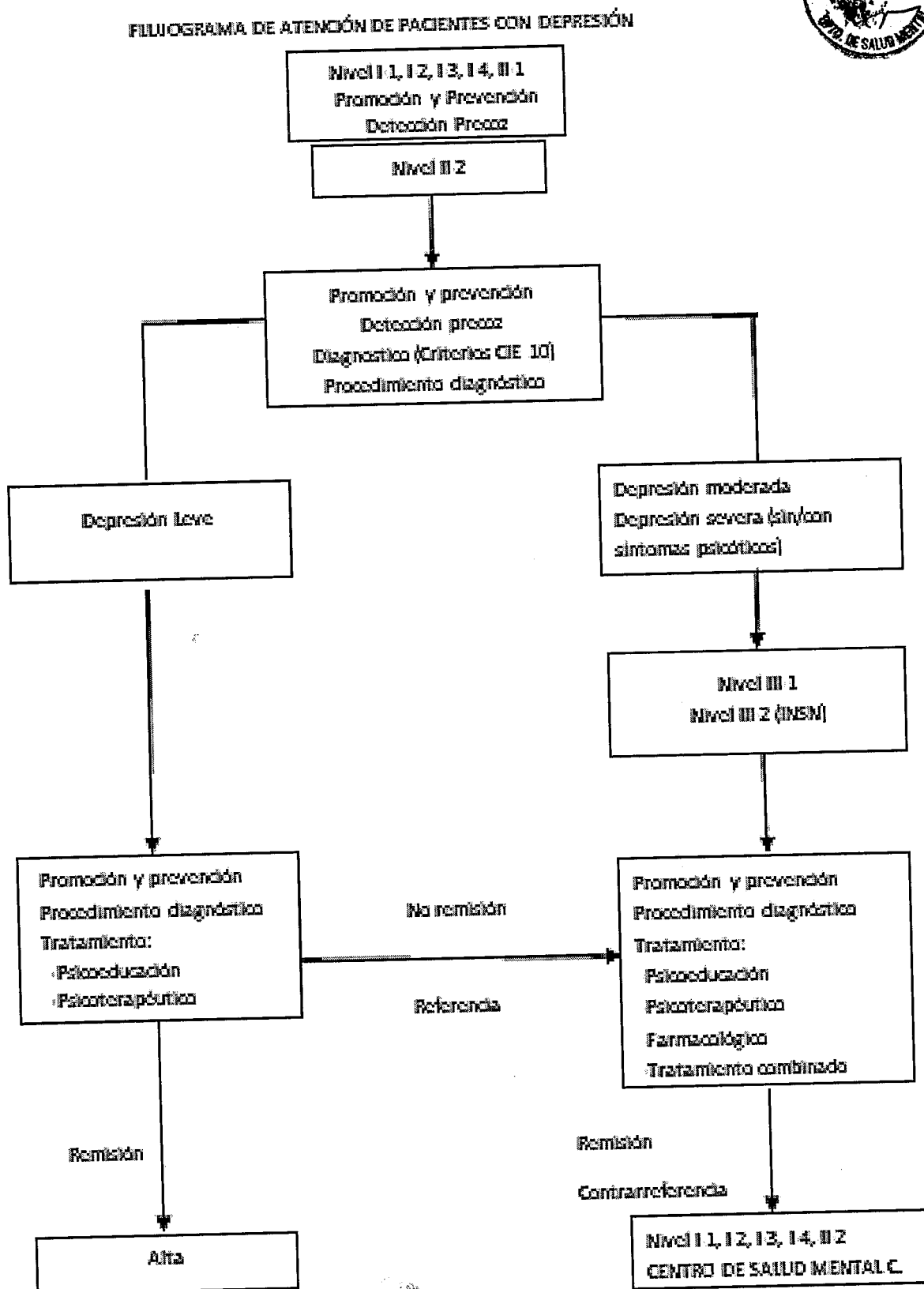
Criterios de Contrarreferencia:

Del Instituto Nacional de Salud del Niño Breña a un establecimiento de menor nivel de complejidad, el cuál realizó la referencia a nuestra institución:

- La contrarreferencia se da según los siguientes criterios:
 1. Remisión del cuadro clínico
 2. Remisión de la ideación suicida



6.7 FLUJOGRAMA:





VII. RECOMENDACIONES:

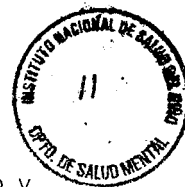
- El tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia debe de ser integral, y abarcar intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional del paciente.
- El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados de buena 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.
- 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.
- 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 (27).

VIII ANEXOS

ANEXO 8.1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica





ANEXO 8.2: Participantes en la elaboración de la Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

Elaborado por:	Dr. Hugo Valdizan Matos				
Firma y Sello:	MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO <i>[Firma]</i> HUGO G. VALDIZAN MATOS MEDICO ASISTENTE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA C.M.P. N° 26898 RNE: N° 20924				
Fecha:	20/01/23	Hora:	12:00	Lugar:	Buenos Aires

Revisado por:	Dra. Lila Mendoza Paredes				
Firma y Sello:	MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO <i>[Firma]</i> Dra. LILA MENDOZA PAREDES Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes Jefe del Servicio de Psiquiatría CMP: 41074 RNE 21347 / 22927				
Fecha:	30/01/23	Hora:	13:30	Lugar:	Buenos Aires

	Jefe de Servicio		Jefe de Departamento		
Aprobado por:	Dra. Lila Mendoza Paredes		Dra. Hilda Serpa Salazar		
Firma y Sello:	MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO <i>[Firma]</i> Dra. LILA MENDOZA PAREDES Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes Jefe del Servicio de Psiquiatría CMP: 41074 RNE 21347 / 22927		MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO <i>[Firma]</i> HILDA MARIA SERPA SALAZAR MEDICO PSIQUIATRA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL CMP 19296 RNE 19056		
Fecha:	30/01/23	Hora:	19:30	Lugar:	Buenos Aires



ANEXO 8.3: Declaración de conflicto de intereses

El/los elaborador(es), el/los revisor(es) y el/los Jefe(s) declaran no tener ningún conflicto de interés potencial con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de la Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes.

ELABORADO POR:

Dr. Hugo Valdizán Matos

Firma y Sello:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

HUGO B. VALDIZÁN MATOS
MEDICO ASISTENTE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
C.M.P. N° 26898 RNE: N° 20924

Fecha, hora y lugar 20/01/23 12:30 hs Breña

REVISADO POR:

Dra. Lita Mendoza Paredes

Firma y Sello:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Dra. LITA MENDOZA PAREDES
Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Jefa del Servicio de Psiquiatría
C.M.P. 14473 RNE 21127/20927

Fecha, hora y lugar 30/01/23 13:30 h Breña

APROBADO POR:

Jefe de Departamento: Dra. Hilda Serpa Salazar

Jefe de Servicio: Dra. Lita Mendoza Paredes

Firmas y Sellos:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

HILDA MARIA SERPA SALAZAR
MEDICO PSQUIATRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
C.M.P. 18296 RNE 19856

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Dra. LITA MENDOZA PAREDES
Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Jefa del Servicio de Psiquiatría
C.M.P. 14473 RNE 21127/20927

Fecha, hora y lugar 30/01/23 14:30 Breña



ANEXO 8.4: MEDICAMENTOS UTILIZADOS:

N°	DCI	Concentración	Forma Farmacéutica	Presentación	Dosis
	FLUOXETINA	20 MG	TAB, CÁP	20 MG	20 MG
	SERTRALINA	50 MG	TAB	50 MG	50 MG
	ESCITALOPRAM	10 MG	TAB	10 MG	10 MG
	CITALOPRAM	20 MG	TAB	20 MG	20 MG

8.4 OTROS ANEXOS

8.4.1 ESCALA DE BIRLESON

8.4.2 CUESTIONARIO PHQ-9 (ADOLESCENTES)





ESCALA DE BIRLESON

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
1. LAS COSAS ME INTERESAN COMO ANTES			
2. DUERMO MUY BIEN			
3. ME DAN GANAS DE LLORAR			
4. ME GUSTA SALIR CON MIS AMIGOS			
5. ME GUSTARÍA ESCAPAR, SALIR CORRIENDO			
6. ME DUELE LA CABEZA Y/O LA BARRIGA			
7. TENGO GANAS DE HACER LAS COSAS			
8. DISFRUTO DE LA COMIDA			
9. PUEDO DEFENDERME POR MI MISMO			
10. PIENSO QUE NO VALE LA PENA VIVIR			
11. SOY BUENO PARA LAS COSAS QUE HAGO			
12. ME MOLESTO Y ME IRRITO POR CUALQUIER COSA			
13. DISFRUTO DE LO QUE HAGO TANTO COMO ANTES			
14. ME HE VUELTO DISTRAÍDO(A) / OLVIDADIZO(A)			
15. TENGO SUEÑOS HORRIBLES (PESADILLAS)			
16. PIENSO QUE HAGA LO QUE HAGA NO LOGRARÉ LO QUE DESEO O QUE LAS COSAS NO VAN A CAMBIAR			





17. ME SIENTO MUY SOLO (A)			
18. PUEDO ALEGRARME FÁCILMENTE			
19. ME SIENTO TAN TRISTE QUE ES DIFÍCIL SOPORTARLO			
20. ME SIENTO MUY ABURRIDO (A)			
21. PIENSO EN QUE SERIA MEJOR MORIRME O MATARME			
TOTAL			

VALIDACIÓN: El punto de corte es 13 puntos, valores de 13 a 21 indican la presencia de síntomas depresivos, mientras que valores de 22 o superiores indican la presencia de depresión mayor. *REVISTA PERUANA DE PEDIATRÍA SET-DIC 2005: "Validación de la Escala de Birlson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos". Autores: Dras. Vivar Roxana, Pacheco Zoila, Adrianzen Cecilia, Macciotta Beatrice, Lic. Marchena Carlos (44).*





CUESTIONARIO PHQ – 9 VALIDADO PARA ADOLESCENTES

¿Qué tan a menudo has sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las dos últimas semanas? Por cada síntoma marque el número que mejor describa cómo se siente.

(0) Ninguno (1) Varios Días (2) Más de la Mitad de los Días (3) Casi Todos los Días

1. ¿Te has sentido bajoneado/a, deprimido/a, irritable o desesperanzado/a?

0 1 2 3

2. ¿Has sentido poco interés o placer para hacer las cosas?

0 1 2 3

3. ¿Has tenido problemas para quedarte dormido/a, permanecer dormido/a, o has estado durmiendo demasiado?

0 1 2 3

4. ¿Te has sentido cansado/a o con poca energía?

0 1 2 3

5. ¿Has tenido poco apetito, has bajado de peso, o comes demasiado?

0 1 2 3

6. ¿Te has sentido mal con respecto a ti mismo/a, o has sentido que tú eres un/a fracasado/a, o que has decepcionado a tu familia o a ti mismo/a?

0 1 2 3

7. ¿Has tenido problemas para concentrarte en actividades como trabajos escolares, leer o ver televisión?

0 1 2 3

8. ¿Te has movido o hablado tan lento que otras personas han podido notarlo? ¿O al contrario has estado tan inquieto/a que estabas moviéndote de un lado para otro mucho más de lo usual?

0 1 2 3

9. ¿Has pensado que sería mejor estar muerto/a o has pensado hacerte daño de alguna manera?

0 1 2 3





Para la codificación:

= Puntaje Total _____

10. ¿En el año pasado te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando te sientes bien algunas veces? Si No

11. Si estás pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este cuestionario, ¿qué tan difícil estos problemas te causan dificultad para hacer tu trabajo, hacer las cosas de la casa, o llevarte bien con las demás personas?

No difícil Un poco difícil Muy difícil Sumamente difícil.

12. ¿En el mes pasado hubo algún momento donde pensaste seriamente en terminar con tu vida?

Si NO

13. ¿Alguna vez en tu vida, has tratado de matarse o has hecho un intento de suicidio?

Si NO

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD:

0-4 NINGUNA MÍNIMA

5-9 LEVE

10-14 MODERADA

15-19 MODERADAMENTE SEVERA

20-27 SEVERA

Borghero, F. Revista Medica Chile 2018, 146, 479-480 (45).





IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

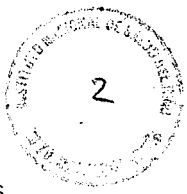
1. Pataki CS, Carlson GA. Childhood and adolescent depression: a review. Harv Rev Psychiatry[Internet].1995;3(3):140–51. Available from: <http://>
2. Fleming JE, Offord DR, Boyle MH. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community Br J. Psychiatry 1989; 155-647-54. Published online by Cambridge University Press: 02 January 2018
3. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. J Affect Disord [Internet]. 2019; 243:175–81. Disponible en:
4. WHO: Health for the World's Adolescent, 2014
5. WHO: Global Health Estimates (GHE). 2000-2019
6. WHO: Global Health Estimates (GHE). 2021
7. Mardomingo M. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Santos; 2015.
8. Kendler KS. From many to one to many—the search for causes of psychiatric illness. JAMA Psychiatry[Internet].2019;76(10):1085.Disponible: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2611>
9. Juan M, Lima-Ojeda R, Thomas C Baghai Neurobiology of depression: A neurodevelopmental approach. World J Biol Psychiatry. 2018;19(5):349–59.
10. Rohde P, Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR, Grau JM. Key Characteristics of mayor depressive disorder occurring in childhood adolescence, emerging adulthood, Adulthood Clin Psychol Sci. 2013.1(1).
11. Anales de Salud Mental Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Suplemento 1 Volúmen XXVIII Año. 2012.
12. Buffed SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Klein RS. Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6 AM Psychiatry. 2012; 169:1157–64.
13. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1990;29(4):571–80. Disponible en: <http://>
14. Keyes KM, Gary D, O'Malley PM, Hamilton A, Schulenberg J. Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: trends from 1991 to 2018. Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol[Internet].2019;54(8):987–96. Disponible en: <http://>





15. Twenge JM, Campbell WK. Media use is linked to lower psychological wellbeing: Evidence from three datasets. *Psychiatric Quarterly*. 2019; 90:311–31.
16. Burstein B, Agostino H, Greenfield B. Suicidal attempts and ideation among children and adolescents in US emergency departments, 2007-2015. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2019;173(6):598–600. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/peds/psz046>
17. Kalb LG, Stapp EK, Ballard ED, Holingue C, Keefer A, Riley A. Trends in psychiatric emergency department visits among youth and young adults in the US. *Pediatrics* [Internet]. 2019;143(4):e20182192. Disponible en: <https://doi.org/10.1596/0190-4826-2192>
18. Miron O, Yu K-H, Wilf-Miron R, Kohane IS. Suicide rates among adolescents and young adults in the United States, 2000-2017. *JAMA* [Internet]. 2019;321(23):2362–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0007>
19. Nicolini H. Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cir Cir* [Internet]. 2020;88(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cir.2020.09.007>
20. Sánchez Boris Isabel María. Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN* [Internet]. 2021 Feb [citado 2022 Dic 04]; 25 (1): 123-141. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-921220200123&lng=es. Epub 15-Feb-2021. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK, GLAD-PC STEERING GROUP.
21. WHO Global Status Report on alcohol and Health. 2018
22. WHO Global Health Estimates (GHE). 2020
23. Anderson M, Jiang J. Teens, social media & technology 2018. *Pew Res Cent*. 2018;
24. Kang N, Jiang Y, Ren Y, Gong T, Liu X, Leung F, et al. Distress intolerance mediates the relationship between child maltreatment and nonsuicidal self-injury among Chinese adolescents: A three-wave longitudinal study. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2018;47(10):2220–30. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10877-018-0877-7>
25. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown KM, Hessler MJ, Wallis JM, et al. The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2003;42(3):340–8. Disponible en: [http://www.jaacap.com/article/S1073-0773\(03\)00087-7](http://www.jaacap.com/article/S1073-0773(03)00087-7)
26. Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G, Kratochvil C, Simons A, et al. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011;68(3):263–9. Disponible en: <http://archgenpsychiatry.com/doi/10.1093/archgen/psq034>
27. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la Infancia y adolescencia. Actualización España. 2018;
28. Organización Mundial De La S. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 1992. Organización Mundial de la Salud CIE-11. 2022.





29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). Washington: American Psychiatric Association; 2014. DSM 5-TR 2022;
30. César Pereiro Gómez y Juan José Fernández Miranda (Coordinadores), GUÍA DE ADICCIONES Para especialistas en formación. Valencia, Febrero 2018.
31. Mochrie KD, Whited MC, Cellucci T, Freeman T, Corson AT. ADHD, depression, and substance abuse risk among beginning college students. J Am Coll Health [Internet]. 2020;68(1):6–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jach.2019.10.004>
32. Mardomingo M. Depresión en el niño y el adolescente. Madrid Editorial SANED. 2003;27–40.
33. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. World Psychiatry [Internet]. 2014;13(1):4–11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000005/>
34. Keles S, Idsoe T. A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. J Adolesc [Internet]. 2018; 67: 129–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.004>
35. Heerlein Andrés. Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. Rev. chil. neuro-psiquiatría. [Internet]. 2002 Oct [citado 2022 Dic 06]; 40(Suppl 1): 63-76. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500005&lng=es.
36. Brunstein-Klomeck A, Zalsman G, Mufson I. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2007;44(1):40–6.
37. Guide Nice. Depression in children and young people: identification and management. 2019.
38. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, Glad-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (glad-PC): Part I. practice preparation, identification, assessment, and initial management. En: Adolescent Health. American Academy of Pediatrics; 2020. p. 261–81.
39. Hazell P. Updates in treatment of depression in children and adolescents. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2021;34(6):593–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000754>
40. Liu W, Li G, Wang C, Yu M, Zhu M, Yang L. Can fluoxetine combined with cognitive behavioral therapy reduce the suicide and non-suicidal self-injury incidence and recurrence rate in depressed adolescents compared with fluoxetine alone? A meta-analysis. Neuropsychiatr Dis Treat[Internet].2022;18:2543–57.Disponible en: <https://doi.org/10.2197/2022-18-2543>
41. Soutullo C. Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente. Editorial Médica Panamericana. 2017.
42. Stephen S. Essential psychopharmacology prescriber's guide children and adolescents. Cambridge University Press; 2019.





43. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. Am J Psychiatry [Internet]. 2001;158(1):125-7. Disponible en: <http://www.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.1.125>

44. Roxana DV, Zoila P. editores. Validación de la Escala de Birlson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos". Adrianzen Cecilia, Macciotta Beatrice, Lic. Marchena Carlos; 2005.

45. Borghero Francesca, Martinez Vania, Zilko Pedro, Vöhringer Paul A., Cavada Gabriel, Rojas Graciela. Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. Rev.med.Chile [Internet]. 2018 Abr [citado 2022 Dic 06]; 146 (4): 479-486. Disponible en: <http://www.revista.medica.cl/revista/ver/146/4/479-486>

