GPC
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

ACTUALIZACIÓN
2022

Detección, Diagnóstico y Tratamiento del **Trastorno Depresivo Mayor** en **infancia**, **adolescencia** y **adultez** en el **primer** y **segundo** nivel de atención

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

GPC-SS-832-22

GOBIERNO DE MÉXICO
SALUD SECRETARÍA DE SALUD
SEDENA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL
MARINA SECRETARÍA DE MARINA
CSG CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL
IMSS
ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
PEMEX POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA
SNDIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Av. Marina Nacional 60, piso 9, ala "B"
Col. Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud** "Derechos Reservados". Ley Federal del Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) fue elaborada con la participación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron de que la información sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía; declaran que no tienen conflicto de interés y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecten su participación ni la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud; y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el Catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC; con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada institución.

Este documento puede reproducirse libremente dentro del Sistema Nacional de Salud y sin autorización escrita, sólo cuando sea usado para fines de enseñanza, en la práctica médica y en actividades no lucrativas. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el usuario pueda explotar o servirse comercialmente directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse directa o indirectamente con lucro de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la elaboración de esta GPC se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente y no sexista que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad, así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención**. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; **2022**. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-832-22/ER.pdf

Actualización: **Nueva creación**

ISBN en trámite.

GRUPO DE DESARROLLO

AUTORÍA

Dra. Alejandrina Inés Nogales Imaca	Médico Psiquiatra, Psiquiatra infantil y del adolescente	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Médico adscrito
Lic. Leticia Eugenia Ramos Atilano	Licenciada en Psicología Social Psicología clínica e institucional	CECOSAM Iztapalapa	Psicólogo adscrito
Dra. Miriam Del Valle Ortega	Médico Psiquiatra, Psiquiatra infantil y del adolescente	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Médico adscrito
Dr. José Luis Carrillo Martínez	Coordinador del programa de Salud mental	Jurisdicción Sanitaria No. IV Coyoacán	Coordinador del programa de Salud mental
Dra. Lourdes Amanecer Bustamante Lambarén	Médico Pediatría	CENETEC	Coordinadora de guías de práctica clínica
Dr. José Roberto Alavez Miranda	Médico Psiquiatra	Centro Medico Ecatepec. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM)	Médico adscrito
Dr. Guillermo Peñaloza Solano	Médico Psiquiatra	Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP)	Médico adscrito
Dr. Oscar Raúl Rodríguez Mayoral	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)	Médico adscrito
Dra. Alexiz Bojorge Estrada	Médico Psiquiatra	Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)	Subdirectora de la comisión nacional contra adicciones
Lic. Blanca Mónica Leal Bravo	Lic. en Psicología Clínica	Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP)	Psicóloga Clínica adscrita
Dra. Lina Díaz Castro	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz (INPRFM)	Investigadora en Ciencias Médicas “D”
Lic. Luz Raquel Alvarado García	Lic. en Psicología	Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra” (INR)	Psicóloga Clínica adscrita
Dra. Claudia Iveth Astudillo García	Dra. en Ciencias de la Salud Pública	Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP)	Investigadora en ciencias médicas “C”

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Dra. Lourdes Amanecer Bustamante Lambarén	Pediatría	CENETEC	Coordinadora de guías de práctica clínica	Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C. (CMCP)

BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN

Lic. José Alejandro Ochoa Martínez	Bibliotecólogo	CENETEC	Asesor bibliotecario	Asociación Mexicana de Bibliotecólogos, A.C.

VALIDACIÓN GPC

Protocolo de Búsqueda			
Lic. Isabel Carrillo Montiel	Bibliotecólogo	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villega	Encargada del Área de Publicaciones Periódicas
Guía de Práctica Clínica			
Dra. Miriam Estrada Martínez	Médico Psiquiatra	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	Médico adscrito
Lic. Gómez García José Alberto	Maestría en Salud Publica y Epidemiología	STCONSAME	Subdirector de coordinación sectorial y entidades
Dra. Abad Soto Griselda	Médico, Cirujano y Partero	UNAM	Médico adscrito
Dr. Reyes Madrigal Francisco Ramón	Médico Psiquiatría	Instituto de Neurología	Investigador en Ciencias Médicas C
Lic. Arrieta Reyna María Guadalupe	Maestría en Psicoterapia Cognitivo Conductual	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Psicóloga Especializada
Lic. Pérez Carrillo Paula Catalina	Maestría en Terapia familiar sistémica	UNEME CAOA, Xochitepec, Morelos	Psicóloga Especializada

ÍNDICE

2. ASPECTOS GENERALES ……6.

2.1. Metodología ……7

2.1.1. Clasificación ……8

2.1.2. Actualización del año 2022 ……9

2.1.3. Introducción ……24

2.1.4. Objetivos ……25

2.1.5. Preguntas clínicas ……26

3. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES……28

3.1. Detección y Diagnóstico ……29

3.2. Tratamiento Psicoterapeutico ……41

3.3. Tratamiento Farmacologico ……49

3.4. Calidad en la Consulta medica ……58

3.5. Metas de seguimiento seguimiento ……60

4. ANEXOS

4.1.1. Diagramas……61.

4.1.2. Diagrama Tamizaje de paciente adultos

4.1.3. Diagrama Tratamiento de paciente adultos

4.1.4. Diagrama Tamizaje paciente pediátrico

4.1.5. Diagrama Tratamiento paciente pediátrico

4.2. CUADROS O FIGURAS ……81.

4.2.1. Cuadro de medicamentos ……82

4.2.2. Protocolo de búsqueda ……83

4.2.3. Búsqueda de GPC ……94

4.2.4. Cuadros de Evidencias ……99

4.2.5. Evaluación de GPC a través del instrumento AGREE II ……99.

4.2.6. Cuadro de evidencias GPC ……116

4.2.7. Escalas de gradación ……109

4.2.8. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave ……112.

5. GLOSARIO ……114.

6. BIBLIOGRAFÍA ……116.

7 . AGRADECIMIENTOS ……118.

6. COMITÉ ACADÉMICO ……120.

8. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ……121.

2. ASPECTOS GENERALES

2.1. Metodología

2.1.1. *Clasificación*

Profesionales de la salud	Especialistas en pediatría, paidopsiquiatría, psiquiatría y psicología
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F32.0 Episodio depresivo leve. F32.1 Episodio depresivo moderado. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. F32.8 Otros episodios depresivos. F32.9 Episodio depresivo, no especificado
Categoría de GPC	Nivel de atención: Primer nivel de atención
Usuarios potenciales	Medicina general, medicina familiar, pediatría, psicología, enfermería y trabajo social
Población blanco	Niñas, niños, adolescentes y personas adultas
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" Servicios de Atención Psiquiátrica Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz" Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) "Iztapalapa" Consejo Nacional de Salud Mental Comisión Nacional Contra las Adicciones "CONADIC" Centro Médico "Ecatepec" Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMyM Jurisdicción Sanitaria No. IV "Coyoacán" Instituto Nacional de Rehabilitación "Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra" Instituto Nacional de Cancerología
Intervenciones y actividades consideradas	Detección mediante instrumentos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento
Aspectos que no cubre la GPC	Detección, diagnóstico y tratamiento
Metodología	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación Publicación en el catálogo maestro
Búsqueda sistemática de la información	Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia, Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: julio 2022 Número de fuentes documentales utilizadas: 30 y 8 total de las fuentes utilizadas en la actualización, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía
Conflicto de interés	Todos los integrantes del grupo de desarrollo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Año de publicación	Año de publicación: 2022 en que la guía es aprobada por el CNGPC. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación

2.2. Nueva Creación del año 2022

La presente guía refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación, se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El título de la guía

    - **Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención**

2. La actualización en evidencias y recomendaciones se realizó en: (dejar el nombre del abordaje en que sufrió la actualización, eliminar donde no sufrió actualización):

    - **Detección**
    - **Diagnóstico**
    - **Tratamiento**

2.3. Introducción

La depresión mayor (DM) es un trastorno episódico y recurrente, que se caracteriza por tristeza persistente y generalizada, pérdida de la capacidad de disfrutar las actividades cotidianas, irritabilidad, y síntomas asociados, tales como pensamientos negativos, falta de energía, dificultad para concentrarse, y alteraciones del apetito y el sueño. Las manifestaciones pueden variar dependiendo de la edad, el género, y antecedentes educacionales y culturales.

Es importante reconocer que, en los trastornos afectivos como el caso de la depresión, se van a compartir en cualquier etapa de la vida, sin embargo, durante la presente guía se irán especificando por grupos de edad, siendo fundamental para la presente los grupos de edad comprendidos en la infancia a la adultez

GRUPO DE EDAD	EDAD
Primera infancia	0 a 5 años
Infancia	6 a 11 años
Adolescencia	12 a 18 años
Juventud	14 a 26 años
Adultez	27 a 59 años
Personas adultas mayores	60 años y más

La depresión en niñas, niños y adolescentes (NNA) aumentó en los últimos sesenta años, la edad de inicio ha disminuido y hubo un incremento dramático en la pandemia por SARSCoV2.

El DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5, define como “trastorno depresivo mayor, episodio único” o “trastorno depresivo mayor recurrente”, y la CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, define como “episodio depresivo” y “trastorno depresivo recurrente” (la OMS en su página oficial refiere en la 72ª Asamblea de Salud de 2019, la revisión número 11 de la CIE entrará en efecto a partir de enero de 2022).

Para efectos de esta guía, se utilizarán los términos “depresión” para referirnos a los trastornos depresivos (episodios únicos y recurrentes), “episodio depresivo” para referirnos a los episodios únicos o de primera vez, y “depresión recurrente” para referirnos a los trastornos depresivos recurrentes (o recidivantes) y “depresión clínica” para referirnos a los casos que cumplen con los criterios establecidos.

Esta guía está dirigida a trabajadores en Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) y a las instancias administrativas del sector salud, responsables de dirigir y orientar las acciones de la salud mental.

DEFINICIÓN

"La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 o más días" (OMS).

La depresión produce una sensación subjetiva de malestar con modificaciones en las vivencias emocionales de quien la padece, acompañadas de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. El trastorno depresivo no es derivado a los efectos fisiológicos directos de alguna enfermedad médica, por ejemplo: origen hormonal, metabólico, inmunitario, ni por efecto toxicológico fármaco o sustancia de potencial abuso.

Para efectos de esta guía, no se incluye a la distimia y a los trastornos adaptativos con síntomas depresivos.

INCIDENCIA

La depresión es la primera causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Pueden llevar al suicidio y es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas. La depresión se puede prevenir y tratar.

Los trastornos depresivos tienen una incidencia creciente de trastorno bipolar, suicidio y de la depresión mayor recurrente. Entre el 60 y 80% de las personas con DM pueden ser tratados con terapia breve y el uso de antidepresivos, sin embargo, en algunos países sólo el 10%, recibe estos tratamientos. En la Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) que incluye a la medicina general, medicina familiar, psicología clínica, pediatría, enfermería y trabajo social necesitan tener la capacidad de detectar manifestaciones de la depresión y tener conocimiento de las recomendaciones terapéuticas actuales.

ETIOLOGÍA

Las causas se han descrito como multifactoriales, asociados con el inicio, mantenimiento y recurrencia de la depresión. Se ha propuesto una sólida interacción entre vulnerabilidad biológicas, psicológicas y ambientales en la depresión. Esta descripción se ha relacionado entre las variables genómicas con enfoque al sistema monoaminas (serotonina 5-hidroxi-triptamina (5 HT)-norepinefrina (NE)-dopamina (DA). Estudios prospectivos y transversales que examinaron la asociación entre los marcadores biológicos y los factores de riesgo de estrés ambiental en los Trastornos de Depresión Mayor (TDM) durante la adolescencia, reportan aumento de la inflamación, longitud de los telómeros y las anomalías cerebrales, incluida la actividad relacionada con la recompensa atenuada, las interrupciones de la materia blanca y el volumen alterado de las regiones cerebrales límbicas, se asociaron con un mayor riesgo de TDM principalmente en el contexto de la adversidad de la vida temprana.

Hay poca evidencia que sugiera que los cambios neurobiológicos investigados se asociaron con el TDM en el contexto del estrés de la vida reciente.

La depresión en la población infantil y adolescentes parece ser resultado de interacciones muy complejas entre vulnerabilidades biológicas (pueden ser consecuencia de la dotación genética de los niños y de factores prenatales) e influencias ambientales (incluyen las relaciones familiares de los niños, el estilo cognitivo, pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo o el futuro, que parecen surgir espontáneamente (pensamientos automáticos), que contribuyen a un estilo cognitivo negativo, la presencia de eventos estresantes en la vida, maltrato, perdidas, un ejemplo actual la pandemia, pueden incrementar el riesgo de depresión; este riesgo es mayor si los niños procesan la perdida u otros estresores utilizando atribuciones negativas. Al igual que la falta de cuidados parentales y el rechazo pueden ser determinantes. En relación con eventos adversos en la infancia (como violencia en casa), se han observado algunos cambios fisiopatológicos como:

- Aumento en las vías de la inflamación
- Alteraciones en la longitud de los telómeros
- Anomalías cerebrales como una reducción en el sistema límbico y de recompensa, que se traduce a un mayor riesgo en problemas en salud mental como depresión y consumo de sustancias psicoactivas

Durante la adolescencia se han examinado en estudios prospectivos y transversales la asociación entre factores de riesgo y estrés ambiental en el trastorno depresivo mayor.

Ejemplo de esto sería en el trastorno depresivo mayor en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), el impacto a corto, mediano y largo plazo de los eventos estresantes en esa etapa de la vida:

Eventos biológicos y estresantes

TIPOS DE EVENTOS BIOLOGICOS Y ESTRESANTES	
Asociación biológica como variables	Pueden ser consecuencia de la dotación genética de los niños y de factores prenatales
Acontecimientos estresantes en la vida	Acontecimientos estresantes en la vida Pueden ser consecuencia de la dotación genética en la infancia y de factores prenatales Pueden ser las influencias ambientales, que incluyen las relaciones familiares, el estilo cognitivo, pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo o el futuro, que parecen surgir espontáneamente (pensamientos automáticos), que contribuyen a un estilo cognitivo negativo, la presencia de eventos estresantes en la vida, maltrato, perdidas, un ejemplo actual la pandemia, pueden incrementar el riesgo de depresión.

Elaborado por: Grupo desarrollador de GPC

FACTORES GENÉTICOS: En los últimos 40 años, la suma en estudios de investigación en familiares y de gemelos monocigotos se ha demostrado que los trastornos depresivos son más frecuentes en personas adultas con trastorno depresivo mayor, los estudios gemelares reportan que el grado de concordancia de los trastornos afectivos es más elevado en los monocigóticos 31% - 42%. Los estudios de asociación, de todo el genoma prueban las diferencias en las frecuencias de los alelos entre los grupos de enfermedad y control en millones de Polimorfismos de un Solo Nucleótido (SNP) comunes en todo el genoma. Estas diferencias pueden ser funcionalmente relevantes para la enfermedad o pueden representar el *loci* que se transmiten en desequilibrio de enlace con un polimorfismo causal.

El modelo del *umbral de susceptibilidad* (susceptibilidad para desarrollar la enfermedad) que se encuentra en forma continua en la población y solo las personas que sobrepasen ese umbral manifestarán el trastorno. La hipótesis descrita es que, en la base de esta herencia compleja, estarían involucrados genes de efecto menor cuya expresión estaría modulada por varios factores ambientales. En esta guía ampliaremos los factores de riesgo que tienen implicaciones en la prevención, detección temprana y tratamiento detallado más adelante.

FACTORES QUÍMICOS: Las alteraciones de neurotransmisores son niveles anormales en los neurotransmisores sobre las monoaminas (serotonina, norepinefrina y dopamina) que actúan en el sistema nervioso central y periférico en la fisiopatología de la depresión. Por ejemplo, alteración en sueño, apetito, fatiga, dolor, cognición y conducta.

FACTORES PSICOSOCIALES: Experiencias adversas en la infancia; dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima entre otros son factores asociados al TDM.

FACTORES PSICOLÓGICOS: Las alteraciones tanto conductuales y cognitivas a lo largo de todas las etapas del ciclo de vida han propuesto que la influencia de los patrones distorsionados en la percepción de uno mismo y su ambiente pueden contribuir al desarrollo de un TDM. Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva Cognitiva (TREC), propone una triada característica de las personas que sufren depresión:

1. Visión negativa de sí mismo, por ejemplo: “Las cosas son malas porque yo soy malo”
2. Visión negativa de sus experiencias, por ejemplo: “Todo ha sido siempre malo”
3. Visión negativa del futuro, por ejemplo: “Haga lo que haga fracasaré”

Estas creencias irracionales, aunado a los rasgos de personalidad de las personas y la resiliencia personal, pueden explicar la generación del TDM.

Modelos biológicos de la depresión. Teorías

MODELOS BIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN	
Genética	Polimorfismo genético. Alteraciones en los polimorfismos de los genes de BDNF, CRH-RI, HTRD2A, TPH2, en pacientes deprimidos.
	Epigenética. Existe relación entre estresores prenatales y postnatales en la metilación del DNA que se encarga de codificar el BNDF, influye en el tamaño del hipocampo; la corteza prefrontal, la amígdala y cíngulo anterior.
Neuro-transmisores	Teoría de las monoaminas. Deficiencia de noradrenalina y de serotonina.
	Hipótesis glutamatérgica. Niveles elevados de glutamato intracelular y extracelular, relacionado con ánimo triste. Niveles bajos de glutamina está relacionado con anhedonia.
	Hipótesis GABAérgica, concentraciones bajas de GABA asociado con disminución de Serotonina y NE.
Hormonal	Disfunción del eje hipotalámico cortico adrenal. Prueba positiva de supresión de la dexametasona; la depresión es un proceso inflamatorio crónico.
	Disfunción tiroidea. Existe hiperreactividad del sistema inmune, anticuerpos anti tiroideos en los pacientes con cuadro afectivo.
Inmunológica	Alteración en la respuesta inmunológica cerebral. Alteración en la respuesta de la glía- disfunción del factor neurotrófico cerebral (BDNF).

Fuente: Adaptación de Nogales I, Ulloa RE, Rodríguez H.

FISIOPATOLOGÍA

Para entender cómo se desarrolla el TDM en una persona, es necesario saber la funcionalidad de algunos neurotransmisores, como la Serotonina, la Dopamina, la Noradrenalina y el Glutamato, así como las áreas neuroanatómicas involucradas en la misma.

Neurotransmisión y desregulación neuroendócrina: Dentro de las teorías que más se han aceptado en cuanto a la fisiopatología del TDM y que es uno de los puntos principales con mayor evidencia científica para su tratamiento, son las alteraciones de la vía de la Serotonina. Esta vía se ha propuesto desde 1969, en el que puede existir una disminución de la liberación de éste, a una alteración de la traducción de señales en los receptores de serotonina o en los transportadores específicos. El transportador de serotonina se encuentra codificado en el gen SKC6A4 localizado en el cromosoma 17q11.1-17q12; los polimorfismos de este gen se han asociado a mayor riesgo de TDM.

Existe evidencia de observar una disminución en la liberación de noradrenalina, lo que puede estar asociado a alteraciones en el estado de alerta, la atención, disminución de la energía y bajo interés en la cotidianeidad.

Un tercer neurotransmisor involucrado es la dopamina, el cual a nivel neuronal se ha puntualizado un aumento en el transporte de éste y una disminución en los niveles de dopamina. Se han identificado mayores niveles de receptor de unión de tipo D2 en el putamen derecho e izquierdo, lo que puede explicar el retardo psicomotor. La teoría glutamatérgica en el TDM se refiere a la desregulación a nivel glial, en específico de la reducida expresión de los transportadores de glutamato, promoviendo susceptibilidad al estrés crónico y a conductas depresivas. Esta teoría favorece la aplicación de nuevos tratamientos.

Los avances en la investigación biomédica, ha contribuido a una mejor comprensión de la fisiopatología del TDM, indican que la depresión ha sido ligada a los circuitos neuroanatómicos que regulan la emoción, involucran áreas límbicas y paralímbicas, a la amígdala e hipocampo. Se han encontrado determinantes genéticos que incluyen genes que regulan la señalización de neurotransmisores y citocinas neurotróficas e inflamatorias. De acuerdo a la teoría neuroendocrina en la depresión existe un hipercortisolismo tóxico para la neurogénesis en el hipocampo, sin embargo, los estudios que evalúan el cortisol en niños y adolescentes no muestran consistentemente el incremento de esta hormona; esto puede ser debido a factores como el desarrollo, la menor prevalencia de melancolía y probablemente, una adaptación más rápida al estrés en población pediátrica.

Influencia del ambiente: El estrés psicosocial, especialmente cuando es continuo, promueven, en individuos vulnerables, cambios en la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides en el sistema nervioso y otros órganos, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, alteraciones en las funciones autonómicas y aumento en la producción y la liberación de citosinas proinflamatorias; todo lo cual confluye en variaciones estructurales y funcionales del sistema nervioso.

Los cambios se han relacionado con alteraciones en sustancias como el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BNDF, por sus siglas en inglés) y otras sustancias como la serotonina que sustentan la vitalidad neuronal y glial. En la depresión mayor, hay un curso progresivo hacia alteraciones cognitivas relacionadas posiblemente con los cambios estructurales en el cerebro, especialmente en la corteza prefrontal medial, la corteza anterior del cíngulo y el hipocampo.

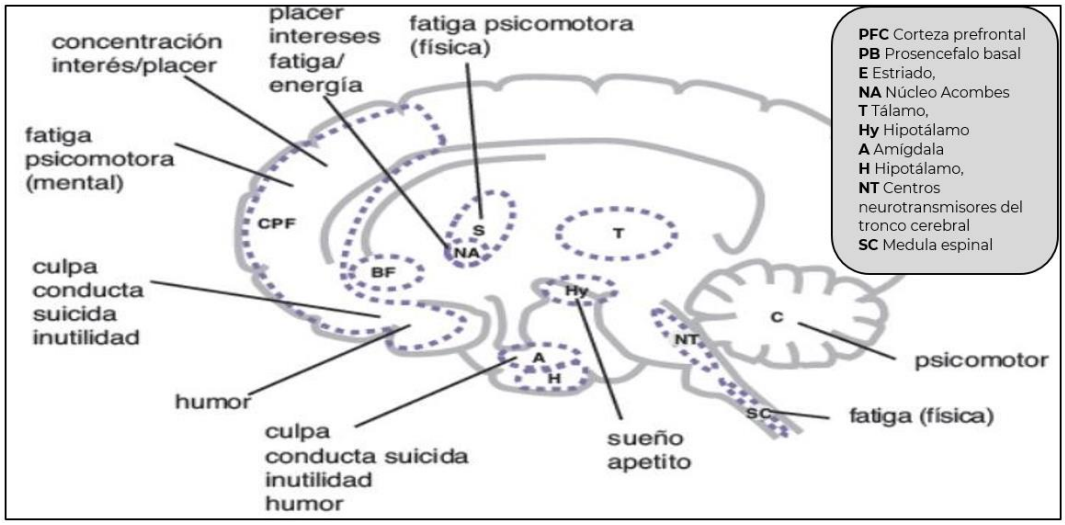
El impacto del estrés crónico (un ejemplo: maltrato infantil) en la neurobiología del cerebro pueden causar disfunciones en el cerebro que perduren en el tiempo y dejan una huella indeleble en el sistema nervioso central principalmente en los individuos de alta vulnerabilidad genética. Otros estudios en neuroendocrinología señalan que en los sujetos deprimidos los niveles de hormona de crecimiento no se incrementan tras la aplicación de fármacos estimulantes de la misma, y esto se ha sugerido como marcador de rasgo de la depresión. En resumen, se ha establecido que los genes implicados en la enfermedad mental no determinan el desarrollo de una enfermedad específica, sino que los rasgos endofenotípicos incrementan el riesgo de morbilidad psiquiátrica. Se ha señalado que el alelo corto del gen promotor del 5 HTTPR aumenta la probabilidad de depresión e ideación suicida solo si las personas se encuentran expuestas a factores estresantes ambientales; si este factor ambiental es mínimo, es posible que no se desarrolle el cuadro clínico.

En el trastorno depresivo mayor y el suicidio, el alelo Val66Met se manifiesta con una actividad disminuida del BNDF y se ha asociado a cambios cerebrales estructurales como la reducción de la materia gris en la corteza prefrontal dorso lateral, la corteza prefrontal orbital lateral y el hipocampo. Se ha observado la relación del gen del (BNDF) en la modulación de la capacidad de recuperación celular, la neuroplasticidad y la neurogénesis.

La vía fisiopatológica tiene que ver con alteraciones en el (BNDF) proteína asociada al proceso de plasticidad sináptica, se encuentra disminuido en pacientes deprimidos, y sus niveles se restablecen con el uso de antidepresivos. En cuanto a la bioquímica, las anormalidades en la función serotoninérgica evidenciadas en estudios neuroendocrinos, farmacológicos y de la función plaquetaria se han propuesto como un factor de vulnerabilidad o causales de depresión. Afecto positivo y negativo. Los síntomas de depresión relacionados con el humor pueden ser caracterizados en término de su expresión afectiva, es decir, si causan una reducción del afecto positivo o un aumento del afecto negativo. El aumento del afecto negativo puede estar hipotéticamente relacionado con la disfunción serotoninérgica y quizás con la disfunción noradrenérgica.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La funcionalidad de cada área cerebral esta hipotéticamente asociada con una constelación diferente de síntomas. Correspondencia de los síntomas de episodio depresión mayor del DSM-IV con los circuitos hipotéticamente disfuncionales.



Elaborado por: Leal A; González JM; Marmolejo K; Jerónimo L; Lozano M. Psicología de la emoción.

Las alteraciones en la actividad neuronal y en la eficiencia del procesamiento de la información en cada una de las 11 áreas cerebrales mostradas aquí pueden dar lugar a los síntomas de un episodio depresivo mayor. Estudios de resonancia magnética demuestran una disminución en el volumen del lóbulo frontal y otras estructuras cerebrales.

Estructuras anatómicas implicadas en el desarrollo de la depresión.

ESTRUCTURAS ANATÓMICAS IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN		
ESTRUCTURA	MÉTODO DE EVALUACIÓN	HALLAZGOS
Lóbulo Frontal	Resonancia Magnética, Espectroscopia	Disminución en el volumen comparado
Corteza Prefrontal	Resonancia Magnética Funcional	Hipofunción y con híper respuesta a estímulos neutros y negativos en individuos sanos
Corteza Cingulada anterior	Resonancia Magnética Funcional	Disminución de su actividad y volumen en pacientes deprimidos
Lóbulo Temporal y estructuras temporo-mediales	Resonancia Magnética	Reducción en el volumen del hipocampo, reducción en el volumen del hipocampo en pacientes y sus familiares Reducción en el volumen de amígdala
	Resonancia Magnética Funcional	Aumento en el volumen de amígdala (peor memoria y ansiedad) y disminución de volumen del hipocampo izquierdo. Aumento en la actividad de amígdala en respuesta a estímulos emocionales (hiperreactividad a estímulos neutros o negativos)
Hipófisis	Resonancia Magnética	Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis adrenal, incremento en el volumen
Núcleo caudado y estriado ventral	Estudios Postmortem, Resonancia Magnética	Disminución de volumen

Fuente: Adaptación de Nogales I, Ulloa RE, Rodríguez H

FACTORES DE RIESGO

Es importante reconocer que los factores de riesgo se van a compartir en cualquier etapa de la vida, sin embargo, durante la presente guía se irán especificando por grupos de edad. Los factores de riesgo no son las causas de TDM, sino que se asocian con el evento, tiene un valor predictivo y puede usarse para la prevención. La trayectoria del desarrollo de la depresión parece comenzar con las adversidades de la vida temprana y ocurre en el contexto de anomalías inmunes y cerebrales.

Comprender estos procesos biopsicosociales ayudará a mejorar nuestra capacidad para detectar individuos en riesgo de desarrollar depresión en la infancia y adolescencia. Sin embargo, la generalización está limitada por pocos estudios que examinen los factores de riesgo de estrés biológico y ambiental y la falta de estudios sobre adolescentes y adultos jóvenes en países de ingresos bajos y medios.

El TDM en NNA tiene múltiples factores de riesgo y pueden interactuar entre sí y tener un efecto acumulativo.

FACTORES DE RIESGO PARA TDM en niñas, niños y adolescentes	
BIOLÓGICO	**FAMILIAR**
Antecedentes familiares de depresión. Consumo de sustancias o alcohol parental. Antecedentes familiares de trastorno bipolar. Género femenino Pubertad Enfermedad médica crónica. Antecedentes previos de depresión.	Abuso Negligencia Estilos de crianza negativos (rechazo, ausencia de cuidado) Trastorno mental parental. Conflicto padre-hijo
PSICOLÓGICO	**SOCIAL**
Trastorno psiquiátrico comórbido con ansiedad. Estilo de temperamento neurótico o altamente emocional. Estilo cognitivo negativo, baja autoestima. Trauma Duelo y pérdidas	Acoso escolar Niños y adolescentes infractores de la ley. Niños institucionalizados o adoptados, refugiados, sin hogar, en búsqueda de asilo.

Fuente: Adaptación de Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L.

Factores de riesgo no modificables: Edad, intento de suicidio, antecedente de autolesionarse, minoría sexual, antecedentes de suicidio en familiares, antecedentes de problemas legales. (CANMAT, 2016)

Factores de riesgo modificables: Ideas suicidas activas, desesperanza, síntomas psicóticos, ansiedad, impulsividad, afrontamiento al estrés, y condiciones comórbidas como el uso de substancias como el alcohol, desorden de estrés postraumático, desórdenes de personalidad del tipo B, dolor crónico por condiciones médicas, cáncer.

CUADRO CLÍNICO

Es importante enfatizar que el cuadro clínico va a compartir signos y síntomas afectivos compatibles con TDM en cualquier etapa de la vida, sin embargo, durante la presente guía se irán especificando los síntomas de mayor impacto por grupos de edad. Durante los episodios depresivos, es prioritario identificar tres elementos:

Primero un cuadro clínico compatible con depresión.

Segundo la duración de los síntomas, que se reconoce en depresión de al menos dos semanas con síntomas presentes durante el día y todos los días.

Tercero la pérdida de la función, pudiendo ser en lo personal, familia, escuela, trabajo, relaciones personales y pueden consistir en:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso
- Ansiedad, agitación o inquietud
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza

madurez cognitiva para hablar de sus ideas y muchas veces pueden expresarse con problemas del comportamiento. Cuando cursan con depresión psicótica, los niños tienen más probabilidad de presentar alucinaciones que delirios, dependiendo de su grado de madurez cognoscitiva.

SÍNTOMAS CLÍNICOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	
EDAD	**SINTOMAS**
Menor a 7 años	Llanto inmotivado, Irritabilidad o tristeza. Alteraciones en el apetito y sueño, detenciones del desarrollo, pérdida de interés por juegos, aumento o disminución de la actividad motora, **falta de energía para realizar cualquier actividad**, quejas somáticas (cefalea, dolor abdominal). Rechazo escolar
7 a 12 años	**Afectiva y conductual:** Irritabilidad, apatía y tristeza, quejas de "aburrimiento", ideas de culpa, ideas de muerte, menos frecuente ideas e intentos suicidas. Agresividad, agitación o enlentecimiento psicomotriz, astenia y fatiga o pérdida de energía. **Cognitiva:** Baja autoestima, falta de concentración y bajo rendimiento y pobre adaptación escolar, rechazo escolar, sensación de "estar superado por las exigencias".
	Somática: Cefalea, dolor abdominal, problemas en el control de esfínteres, alteraciones en el dormir (insomnio o hipersomnia), alteraciones en el apetito (disminución o aumento), Detenciones en el desarrollo (peso y talla bajo para su edad)
Adolescencia	**Mismos síntomas que en la edad prepuberal.** Conducta negativista y desafiante, irritabilidad, mal humor, agresividad, inquietud, deseos e intentos de fuga, sentimientos de no ser aceptado y aislamiento, hipersensibilidad al rechazo con retraimiento social, descuido de aliño y aseo, desgano para cooperar en actividades familiares. Auto reproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima, desinterés por cosas que antes le atraían. Con mayor frecuencia ideas de muerte y suicidio. Planes, intentos de suicidio

Fuente: Adaptación de Nogales I, Ulloa RE, Rodríguez H. y NICE 2017

CRITERIOS DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos de episodio depresivo según CIE-10 y el DSM- 5

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO CIE-10 y el DSM- 5	
Debe cumplirse con I, II, III	
I	Duración del episodio es de al menos dos semanas
II	Debe estar presentes al menos dos de los síntomas característicos de depresión
III	Debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos cuatro de los diez síntomas:
1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima **2.** Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada **3.** Pensamientos recurrentes de muertes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida **4.** Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación **5.** Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva) **6.** Cualquier tipo de alteración del sueño **7.** Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso	

Fuente: Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 y modificada por el GDG

Clasificación de Criterios Diagnósticos del TDM según DSM-5

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TDM SEGÚN DSM-5	
A	Cinco (o más) de los siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer:
	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente) Fatiga o pérdida de energía, Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
	Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse
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, un 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 maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 y modificada por el GDG

Una vez realizado el diagnóstico, se pueden utilizar los siguientes especificadores:
Especificadores del Trastorno Depresivo según DSM-5

ESPECIFICADORES DEL TRASTORNO DEPRESIVO SEGÚN DSM-5				
POR GRAVEDAD	**LEVE** Dos síntomas	**MODERADO** Tres síntomas	**MODERADO-GRAVE** Cuatro o cinco síntomas	**GRAVE** Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora
POR SINTOMATOLOGÍA AGREGADA				
CON ANSIEDAD	Se sienten tensos e inusualmente inquietos; tienen dificultad para concentrarse porque se preocupan o tienen miedo de que algo terrible pueda suceder, o sienten que pueden perder el control de sí mismos.			
CARACTERÍSTICAS MIXTAS	Los pacientes también tienen ≥ 3 síntomas maníacos o hipomaníacos (p. ej., estado de ánimo elevado, grandiosidad, mayor locuacidad de lo habitual, fuga de ideas, disminución del sueño). Los pacientes que tienen este tipo de depresión pueden desarrollar trastorno bipolar.			
MELANCOLÍA	La persona ha perdido el placer en casi todas las actividades o no responder a estímulos habitualmente placenteros. Pueden sentirse abatidos y desesperanzados, sentir culpa excesiva o inapropiada, despertarse temprano en la mañana, presentar marcado retraso o agitación psicomotriz, y anorexia o pérdida de peso significativas.			
ATÍPICO	El estado de ánimo de los pacientes mejora temporalmente en respuesta a acontecimientos positivos (p. ej., la visita de los hijos). También presentan ≥ 2 de los siguientes: reacción exagerada a la crítica o el rechazo percibido, sensación de parálisis aplomada (una sensación de pesadez, por lo general en las extremidades), aumento de peso o aumento del apetito e hipersomnia.			
PSICÓTICO	Tienen delirios y/o alucinaciones. Las ideas delirantes suelen relacionarse con haber cometido pecados o crímenes imperdonables, albergar trastornos incurables o vergonzosos o ser perseguidos. Las alucinaciones pueden ser auditivas (p. ej., oír voces acusatorias o condenatorias) o visuales. Cuando sólo se describen voces, debe considerarse cuidadosamente si éstas representan verdaderas alucinaciones.			
CATATÓNICA	Presentan retraso psicomotor intenso, participan excesivamente en una actividad sin sentido y/o se retraen; algunos pacientes gesticulan o imitan el habla (ecolalia) o el movimiento (ecopraxia).			
INICIO PERIPARTO	El inicio es durante el embarazo o dentro de las 4 semanas después del parto. Puede identificarse características psicóticas; el infanticidio se asocia a menudo con episodios psicóticos que implican alucinaciones de comando para matar al bebé o ideas delirantes de que el niño está poseído.			
PATRÓN ESTACIONAL	Los episodios ocurren en un momento determinado del año, con mayor frecuencia en otoño o invierno y presenta dos episodios en los últimos dos años. La remisión total se da en el cambio de estación.			

Fuente: Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 y modificada por el GDG

El episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y cumple con los siguientes criterios

Criterios de Gravedad del CIE-10

CRITERIOS DE GRAVEDAD DEL TDM CIE-10	
El episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y cumple con los siguientes criterios	
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**	Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo con presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B y síntomas adicionales del criterio C, para sumar un total de al menos seis síntomas.
Episodio Depresivo **GRAVE** SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo con presencia de los tres síntomas del criterio B y síntomas adicionales del criterio C, hasta un total de al menos ocho. Así como la ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo
Episodio Depresivo **GRAVE** CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	1. Se cumplen los criterios del episodio grave y no se cumplen los criterios de Esquizofrenia 2. Presencia de cualquiera de los siguientes a) Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondriaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio. b) Estupor depresivo.

Fuente: Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 y modificada por el GDG

Criterios diagnósticos de episodio depresivo y Clasificación de acuerdo a las características clínicas y severidad. CIE-10 y DSM-5

Criterios y Clasificación de acuerdo a CIE-10 y DSM-5	
CIE-10 Debe cumplirse con I, II, III	**DSM-5** Debe cumplirse con A,B,C,D y E
I. Duración del episodio es de al menos dos semanas **II.** Requiere la presencia de los siguientes síntomas: 1. Estado de ánimo depresivo, 2. Pérdida de interés y 3. Pérdida de energía al menos 2 para los episodios depresivos leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. **III.** Debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos cuatro de los diez síntomas: 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada 3. Pensamientos recurrentes de muertes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva) 6. Cualquier tipo de alteración del sueño 7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso	**A**. Cinco (o más) de los siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; **al menos uno** de los síntomas es **(1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer:** 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día 2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día 3. Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito 3. Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia 4. Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente) 5. Fatiga o pérdida de energía 6. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada 7. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión 8. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse. **II.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. **III.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. **IV.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. **V.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
De acuerdo a la severidad: **Leve:** un mínimo de 4 de los 10 síntomas que incluye los dos necesarios.	**Leve:** Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para el diagnóstico, los síntomas provocan ligera disfunción psicosocial.
Moderado: de 6 de 10 síntomas que incluye los dos necesarios	**Moderado:** Síntomas que provocan incapacidad funcional entre leve y grave
Grave: de 8 a 10, incluye los tres necesarios. **De acuerdo a su duración:** Crónica cuando los síntomas están en forma continua por más de 2 años	**Grave:** con o sin características psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para diagnóstico, interfieren notablemente en las actividades escolares o sociales habituales, o las relaciones con los demás. Especificar si está en remisión parcial, en remisión total y no especificado.

De acuerdo a sus características clínicas: **Con síntomas catatónicos:** Al menos dos síntomas: Inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. **Con síntomas melancólicos:** Disminución de placer en todas o casi todas las actividades o disminución de reactividad. Más tres de los siguientes: depresión más severa por las mañanas, insomnio terminal (2 horas o más), alteraciones psicomotoras; anorexia o pérdida de peso y culpa. **Con síntomas atípicos:** 2 síntomas de: hipersomnia, extrema inercia corporal/ sensación de pesadez, aumento del apetito o aumento de peso.	**Especificar con:** • Ansiedad • Con características mixtas • Melancólicas • Atípicas • Con características psicóticas congruentes Con el estado de ánimo • Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo • Con catatonía Utilizar el código adicional: Con inicio en el periparto y con patrón estacional (sólo episodio recurrente)

Fuente: Adaptación de Nogales I, Ulloa RE, Rodríguez H. y modificada por el GDG

Categoría F32

La CIE-10 clasifica el TDM dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39)	
CATEGORÍA F32 INCLUYE EL EPISODIO DEPRESIVO Y SE SUBDIVIDE	
F32.0	Episodio depresivo leve
F32.1	Episodio depresivo moderado
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio depresivo, no especificado

Fuente: Adaptación de Nogales I, Ulloa RE, Rodríguez H. y modificada por el GDG

Similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la CIE-11: Trastornos del estado de ánimo en general.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO		
	DSM-5	**CIE-11 (versión beta)**
TAXONOMÍA	Dos categorías separadas para trastornos depresivos y trastornos bipolares	Una categoría (trastornos del ánimo) subdividida en depresivos y bipolares
MEDIDAS DIMENSIONALES	Se incluyen para complementar el diagnóstico y facilitar seguimiento (p. ej., depresión/ira/ansiedad/abuso de sustancias)	No se contemplan
TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO	No se incluye en la versión final (mala fiabilidad en los estudios de campo). Pero, se puede usar la «ansiedad» como especificador	Se mantiene, Se contempla establecer un dominio principal y el segundo como especificador
DUELO	Se retira como criterio de exclusión para el diagnóstico de depresión mayor	Se mantiene como criterio de exclusión para depresión mayor
DEPRESIÓN «MIXTA»	Se puede diagnosticar depresión con especificador de mixto en depresión unipolar	No se incluye
RABIETAS	Nueva categoría diagnóstica: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDA)	No se incluye(se contempló una categoría similar en un inicio)

Fuente: Adaptación de Nogales I, Ulloa RE, Rodríguez H. y modificada por el GDG

2.4. Objetivos

La **Guía de Práctica Clínica para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención** forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2019-2024.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer y segundo nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Identificar factores de riesgo y de esta manera implementar acciones de prevención primaria.**
- **Agilizar el proceso de diagnóstico e inicio de tratamiento temprano por pártete de los trabajadores involucrados en la atención primaria de la Salud.**
- **Prevenir los efectos deletéreos de la depresión en el desarrollo y funcionamiento global de los pacientes.**

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención a la salud contribuyendo al bienestar de las personas, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

2.5. Preguntas clínicas

1. ¿Qué instrumentos de tamizaje son de mayor utilidad para el personal de salud del primer nivel de atención (enfermería, médico general, médico familiar, psicólogo) para detectar depresión en adultos?

2. ¿Qué instrumentos de tamizaje son de mayor utilidad para el personal de salud del primer nivel de atención (enfermería, médico general, médico familiar, psicólogo) para detectar depresión en edad pediátrica? y ¿Qué instrumentos de tamizaje son de mayor utilidad para el personal docente en las escuelas para la detección temprana de episodio depresivo en edad pediátrica?

3. ¿Cuáles son los principales diagnósticos diferenciales del trastorno depresivo?

4. ¿Qué intervenciones psicológicas, psicoterapia, terapia cognitivo conductual y/o de psicoeducación son efectivas para el tratamiento de la depresión en el primer nivel de atención?

5. ¿Qué fármacos son efectivos para la depresión en adultos?

6. ¿Qué fármacos son efectivos para la depresión en niños niñas y adolescentes?

7. ¿Cuál es el tiempo de duración, con mayor efectividad en la consulta con un probable diagnóstico de depresivo en adultos y edad pediátrica?

8. ¿Cuáles son metas efectivas de seguimiento al acudir a consulta con el especialista en Psiquiatría, Paidopsiquiatría o Psicólogo clínico en consulta?

9. ¿Cuáles son los criterios para alta o remisión?

10. ¿La psicoeducación y actividad física es una intervención importante en la prevención primaria, atención oportuna y tratamiento de la depresión?

3. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

En apego al Manual Metodológico para la Integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud[1], las evidencias y recomendaciones incluidas en esta GPC fueron realizadas en respuesta a los criterios de priorización de las principales enfermedades en el Sistema Nacional de Salud. Por consiguiente, se convocó a un grupo de desarrollo interdisciplinario de expertos que delimitaron el enfoque, los alcances y las preguntas clínicas, que llevaron a cabo la búsqueda sistemática y exhaustiva de la información científica y al obtener los documentos realizaron la lectura crítica, extracción y síntesis de la evidencia. A continuación, formularon las recomendaciones tomando en cuenta el contexto de la evidencia según el rigor y la calidad metodológica de los estudios, considerando la magnitud del riesgo-beneficio, costo-efectividad, valores y preferencias de los pacientes, así como la disponibilidad de los insumos; finalmente se envió la GPC para validación por expertos externos. Al contar con la versión final de la GPC, se presentó para su autorización al Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica para su publicación y difusión en el Catálogo Maestro[2].

Los autores utilizaron para graduar las evidencias y recomendaciones, la escala[3]: **NICE**.

Logotipos y su significado empleados en los cuadros de evidencias y recomendaciones de esta guía[4].

Evidencia: información científica obtenida mediante la búsqueda sistemática, que da respuesta a una pregunta clínica precisa y específica. Debe incluir la descripción del estudio, tipo de diseño, número de pacientes, características de los pacientes o de la población, contexto de realización, intervenciones, comparadores, medidas de resultados utilizados, resumen de los resultados principales, comentarios sobre los problemas específicos del estudio y evaluación general del estudio.

Recomendación clave: acción con el mayor impacto en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, reducción en la variación de la práctica clínica o en el uso eficiente de los recursos en salud.

Recomendación: acción desarrollada de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud más apropiada a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Debe existir una relación lógica y clara entre la recomendación y la evidencia científica en las que se basan, tiene que ser concisa, fácil de comprender y contener una acción concreta.

Punto de buena práctica (PBP): sugerencia clínica realizada por consenso de expertos, cuando la información obtenida de la búsqueda sistemática fue deficiente, controvertida, inexistente o con muy baja calidad de la evidencia, por lo tanto, no se graduará, con la finalidad de ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud.

---

[1] *Metodología para la integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud, 2015. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/METODOLOGIA_GPC.pdf [Consulta 28/01/2019].*

[2] *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC). México: Secretaría de Salud. Disponible en https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-94842 [Consulta 28/01/2019].*

[3] *Las evidencias y recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base conservaran la graduación de la escala original utilizada por cada una de ellas.*

[4] *Modificado del Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [febrero 2018]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo]*

En la columna correspondiente al nivel de evidencia y grado de recomendación, el número o letra representan la calidad de la evidencia o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información.

Pregunta 1. *En adultos mayores de 18 años de edad, asintomáticos con factores de riesgo para cáncer de pulmón, ¿realizar como prueba de cribado una tomografía computada de dosis baja de tórax (TCDB) comparado con la evaluación clínica, análisis de esputo o radiografía de tórax disminuye la mortalidad?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	La revisión sistemática sobre el cribado para CP reportó que la mortalidad por CP al realizar RxT más frecuentes comparado con menos frecuentes en 81 303 participantes fue de 8 por cada 1000 en el grupo de RxT más frecuente y de 7 por cada 1000 en el grupo de RxT menos frecuentes, con RR 1.11 (IC 95% 0.95 a 1.31). Al comparar la diferencia en la mortalidad por CP al realizar una RxT más cuatro citologías de esputo mensuales contra la RxT sola en 20 427 participantes, el RR fue de 0.88 (IC 95% 0.74 a 1.03). También se comparó la mortalidad a 6 años por CP entre la realización de una RxT anual contra no realizar ninguna evaluación en 154 901 participantes y el RR fue de 0.91 (IC 95% 0.81 a 1.03).	**1++** **NICE** *Manser R, 2013*
Rc	Se recomienda que a personas ≥ 50 años de edad con el antecedente de un IT (índice tabáquico) ≥ 20 paquetes/año y con factores de riesgo para CP sean referidas a la instancia de salud pertinente para realizar TCDB como prueba de cribado de CP.	**A** **NICE** *NLSTRT, 2011* *NLSTRT, 2013*
R	No se recomienda realizar RxT como prueba de cribado para CP.	**A** **NICE** *Manser R, 2013*
✓	Se sugiere que a las personas con factores de riesgo para CP que sean referidas para cribado, la TCDB sea realizada cada año durante al menos tres años.	**PBP**

3.1. Detección y Diagnóstico en Adultos

Pregunta 1. *¿Qué instrumentos de tamizaje son de mayor utilidad para el personal de salud del primer nivel de atención (enfermería, médico general, médico familiar, psicólogo) para detectar depresión en adultos?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Una revisión sistemática realizada por El-Den, 2018 orientada a estudios psicométricos como herramienta de cribado de la depresión entre la población adulta general, en un entorno de Atención Primaria de la Salud (APS); se incluyeron 60 publicaciones que evaluaban las propiedades psicométricas de 55 herramientas o adaptaciones. Los estudios se realizaron en 24 países y 18 idiomas en 48234 adultos. La revisión concluye que el cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) fue la herramienta más evaluada, con 14 estudios que evaluaron sus propiedades psicométricas, 54 estudios informaron sobre al menos una medida de las características operativas del receptor. Los valores de sensibilidad y especificidad oscilaron entre el 28% y el 100% y del 43% al 100%, respectivamente, los valores del alfa de Cronbach oscilaron entre 0,56 y 0,94.	**2+** **NICE** *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018*
E	Una revisión sistemática de Mulvaney-Day, 2018 sobre herramientas centradas en adultos y las condiciones de salud conductual más comunes; se identificaron 24 herramientas de cribado. Las herramientas variaban en cuanto a su psicometría y el grado en que se habían administrado y estudiado en entornos de atención primaria. Las herramientas derivadas del Cuestionario de Salud del Paciente de salud del paciente son las que más se han probado y aplicado en atención primaria. Esta revisión de información que los médicos de cabecera pueden utilizar para herramientas adecuadas para incorporarlas a un protocolo de protocolo de cribado	**2+** **NICE** *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018*
E	Una revisión sistemática realizada por Levis, 2019 reportaron que la precisión diagnóstica del PHQ-9 en comparación con los diagnósticos realizados mediante entrevistas diagnósticas semiestructuradas es mayor que cuando se compara con los diagnósticos realizados mediante otros estándares de referencia. También reportaron que la precisión diagnóstica del PHQ-9 no difiere sustancialmente entre los subgrupos de participantes, excepto en lo que respecta a la edad, donde puede ser más específico entre los pacientes de mayor edad. El objetivo es evaluar síntomas depresivos presentes durante las últimas 2 semanas en adultos que acuden a unidades de primer nivel de atención. El PHQ-9 consta de sólo 9 ítems que evalúan la presencia y gravedad de síntomas depresivos en las últimas 2 semanas previas a la entrevista, de acuerdo con los	**2+** **NICE** *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018*

	criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5). El PHQ-9 incluye una pregunta extra que también permite profundizar el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria de la persona mayor. El PHQ-9 permite monitorizar la respuesta al tratamiento de la depresión. Ha sido traducido a más de 70 idiomas diferentes y dialectos por lo que su uso está avalado internacionalmente. El PHQ-9 se considera una medida de detección de la depresión mayor en entornos de atención primaria. Requerimientos: ▪ Formato impreso ▪ Bolígrafo ▪ Espacio privado, ventilado, iluminado, sin distracciones	
R	Se debe evaluar la sintomatología depresiva en adultos en unidades de primer nivel de atención aplicando el instrumento de tamizaje PHQ-9; el cual es un instrumento que permite tamizar a personas con trastorno depresivo mediante una encuesta de autoevaluación, así como definir la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento. Cuadro 1.	**C** **NICE** *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018*
R	Se debe utilizar el instrumento de tamizaje PHQ-9 como herramienta para identificar sintomatología depresiva en adultos en primer nivel de atención.	**C** **NICE** *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018*
R	Los instrumentos para detectar trastorno depresivo mayor en adultos, con fines de cribado para la detección oportuna de episodio depresivo deben contar con adecuadas propiedades psicométricas, breves, fáciles de administrar, de evaluar, fiables y válidos. Cuadro 2.	**C** **NICE** *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018*

E	El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2019 recomienda el uso de criterios de CIE-10 y DSM-V para evaluar durante la entrevista estructurada y semiestructurada valorando el rasgo principal del episodio depresivo mayor de un periodo de tiempo de al menos 2 semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. El paciente debe experimentar además al menos 4 síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimiento o, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. la capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y frecuente un incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido, la autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. el estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas" Somáticos", cómo son; pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida del apetito, pérdida de peso y disminución de la libido.	**1+** **NICE** *NICE 2019*
E	En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. La evidencia sugiere que el uso de un instrumento diagnostico como el PHQ-9 es viable y útil para ser utilizado por médicos de primer contacto y auxiliarles en el diagnóstico de un episodio depresivo. Después de realizar el tamizaje con PHQ-9 y confirmar diagnóstico de depresión mediante una entrevista clínica basada en los criterios de la CIE-10 y DSM-5.	**1+** **NICE** *NICE 2019*
R	Se debe confirmar diagnóstico de depresión en adultos mediante una entrevista clínica estructurada basada en los criterios de la CIE-10 o DSM-5, por el personal de atención primaria. Diagrama 1.	**B** **NICE** *NICE 2019* *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018*

3.2. Detección y Diagnóstico en Paciente Pediátrico

Pregunta 2. *¿Qué instrumentos de tamizaje son de mayor utilidad?*

- *¿Qué instrumentos de tamizaje son de mayor utilidad para el **personal de salud** del primer nivel de atención (enfermería, médico general, médico familiar, psicólogo) para detectar depresión en edad pediátrica?*
- *¿Qué instrumentos de tamizaje son de mayor utilidad para el **personal docente** en las escuelas para la detección temprana de episodio depresivo en edad pediátrica?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Forman-Hoffman V, 2016, realizaron varias búsquedas electrónicas (mayo de 2007 a febrero de 2015) y búsquedas en listas de referencias de literatura publicada para actualizar la revisión sistemática del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) de 2009 sobre la detección y el tratamiento del TDM en niños y adolescentes en entornos de atención primaria. La evidencia limitada de 5 estudios mostró que herramientas como: ▪ Inventario de Depresión de Beck ▪ Cuestionario de Salud del Paciente para Adolescentes Ambos instrumentos tuvieron una precisión razonable para identificar el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) entre los adolescentes en entornos de atención primaria. En conclusión la evidencia mostró que algunas herramientas de detección son precisas y algunos tratamientos son beneficiosos entre los adolescentes (pero no entre los niños más pequeños), sin evidencia de daños asociados.	**3** **NICE** *Cortés Rico, 2020* *Beltrán, 2012*
E	En la revisión de Cortés Rico 2020, con diferentes estudios han puesto de manifiesto el infradiagnóstico y el infratratamiento de los episodios depresivos en la infancia y la adolescencia; a pesar de que el 50% de los adolescentes acuden a consulta al menos una vez al año, rara vez el motivo de consulta es claramente un problema emocional, siendo una dificultad añadida la sintomatología menos típica que presentan los niños. Ante estas dificultades diagnósticas y la magnitud y la prevalencia del problema, se plantea la posible utilización de cuestionarios de cribado como herramienta para la detección de depresión mayor en niños y adolescentes. En salud mental, el cribado poblacional se realiza mediante cuestionarios que permiten medir fenómenos que no son directamente observables; para que un cuestionario pueda ser utilizado como instrumento de cribado debe tener unas adecuadas propiedades psicométricas (validez, sensibilidad,	**2+** **NICE** *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018* *Beltrán, 2012*

	especificidad), ser fácil de responder e interpretar, requerir poco tiempo y ser válido para la población diana. Los resultados positivos deberán ser confirmados mediante entrevistas estructuradas o semiestructuradas en las que se evalúe el cumplimiento de los criterios diagnósticos, la mayoría de los estudios que evalúan el rendimiento de los cuestionarios de cribado en depresión infantil son de baja calidad, entre las deficiencias observadas se incluyen: un intervalo temporal excesivo para la comprobación diagnóstica, la aplicación en población ingresada o la falta de cegamiento de los evaluadores. Los cuestionarios mejor estudiados son el Beck Depression Inventory (BDI) y el Patient Health Questionnaire Adolescent (PHAQ). El primero cuenta con una versión específica para niños y adolescentes, pero tiene un inconveniente en cuanto a su aplicabilidad en AP: consta de 20 preguntas y se precisan unos 10 min para su cumplimentación y entre 25 y 50 min para su interpretación. El PHAQ fue diseñado para AP y está validado para población adolescente norteamericana. Consta de nueve preguntas, tiene una versión corta de dos preguntas (aunque con peor rendimiento psicométrico), incluye una pregunta referente al suicidio, y permite cribar y categorizar, pero no está validado en población adolescente española. En resumen, la mayoría de los cuestionarios utilizados como herramientas de cribado poblacional tienen un grado de evidencia bajo. Para el BDI y el PHAQ existe una evidencia moderada de que podrían ser útiles, siendo más aplicable en Atención Primaria de Salud (APS), aunque no está validado en población adolescente española.	
R	Los instrumentos para detectar trastorno depresivo mayor en NNA, con fines de cribado para la detección oportuna de episodio depresivo deben contar con adecuadas propiedades psicométricas, breves, fáciles de administrar, de evaluar, fiables y válidos.	**C** **NICE** *Levis, 2019,* *El-Den S, 2018* *Mulvaney-Day, 2018* *Beltrán, 2012*
R	Se debe utilizar el instrumento Inventario de Depresión de Beck al inicio del diagnóstico para valorar la respuesta a tratamiento a partir de los 13 años de edad en adelante. Cuadro 3.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *Beltrán, 2012*
E	Una Revisión Sistemática del grupo australiano (Stockings E, 2015). evaluó la fiabilidad, validez y utilidad diagnóstica de distintos cuestionarios para adultos, niños, niñas y adolescentes. Se incluyeron 54 estudios llevados a cabo en consultorios y escuelas, donde 24 estudios usaron entrevistas basadas en criterios de la CIE 10 o del DSM5 para la	**1+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017* *NICE, 2015*

E	confirmación de los resultados, en 14 estudios el entrevistador estaba cegado para el resultado del cuestionario y solo en 11 estudios se respetó además un tiempo estipulado máximo de una semana entre cuestionario y entrevista. Los cuestionarios analizados en la mayoría de los estudios fueron: ▪ Inventario de Depresión Infantil (CDI) ▪ Inventario de Depresión de Beck (BDI) ▪ Centro de Estudios Epidemiológicos - Escala de Depresión (CES-D) ▪ Escala de Depresión Adolescente de Reynolds (RADS) La fiabilidad interna fue calificada de buena en conjunto (estimación combinada: 0,89; IC 95: 0,86 a 0,92), la sensibilidad (estimación combinada: 0,80; IC 95: 0,76 a 0,84) y la especificidad (estimación combinada: 0,78; IC 95: 0,74 a 0,83) fueron calificadas como moderadas, sin que la metarregresión mostrara impacto del tipo de escala. Pero los distintos estudios emplearon puntos de corte de cribado diferentes; por ejemplo, en el caso de la sensibilidad del BDI, en los distintos trabajos se utilizan puntos de corte desde 11 hasta 23, con lo cual los valores aportados no reflejan los que se alcanzarían en la práctica clínica real, ya que el valor discriminativo debe ser decidido a priori. Los valores predictivos positivo y negativo arrojaron rangos muy amplios, sin que se pudiera hacer una estimación combinada, además, los mejores valores predictivos se obtuvieron en estudios con muestras procedentes de clínicas psiquiátricas y por tanto con escasa aplicabilidad en atención primaria. La precisión diagnóstica valorada mediante el análisis del área bajo la curva también fue calificada de moderada (estimación combinada: 0,86; IC 95: 0,79 a 0,92), sin encontrar impacto del tipo de escala mediante metarregresión. Cuadro 3.	*Beltrán, 2012* **1+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017* *NICE, 2015* *Beltrán, 2012*
E	En 2009, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) recomendó por primera vez la detección rutinaria de la depresión para los adolescentes y esta recomendación se reiteró en 2016 con la Revisión Sistemática de Roseman M, 2016. Los estudios elegibles tenían que ser ECA´s que compararan los resultados de la depresión entre los niños o adolescentes de 6 a 18 años que se sometieron a exámenes de detección de la depresión, el objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar los instrumentos de detección de depresión en niños y adolescentes, con fines de cribado para la detección oportuna de episodio depresivo en niños y adolescentes en escuelas,	**2+** **NICE** *IETSI, 2019* *Roseman M, 2016* *USPSTF, 2009*

	reportando que deben ser instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas, breves, fáciles de administrar, de evaluar, fiables y válidos. Existen diversos cuestionarios aplicables en distintas edades, y siempre los posibles casos detectados deben ser confirmados mediante entrevistas clínicas, entrevistas estructuradas o semiestructuradas, que exploran el cumplimiento de los criterios diagnósticos según CIE-10 o DSM V. Escalas de tamizaje utilizadas en niños y adolescentes: ▪ CES-DC.- Centro de Estudios Epidemiológicos - Escala de Depresión (Faulstich, 1986) ▪ MFQ.- Cuestionario de estado de ánimo y sentimientos (Angold,1995) ▪ DSRS.- Escala de Auto reporte de Depresión (Birleson 1981) ▪ KADS.- Escala de depresión de Kutcher para adolescentes (Brooks, 2003) ▪ PHQ-A.- Cuestionario de salud del paciente adolescente (Jhonson, 2002) ▪ SDQ.- Cuestionario fortalezas y dificultades (Goodman, 2000)	
R	Se debe realizar el cuestionario de depresión Infantil (CDI) a todos los niños, niñas y adolescentes (NNA), y todos los que califiquen igual o mayor a 19 (punto de corte), deben ser referidos a atención primaria en salud para valoración y confirmar diagnóstico mediante entrevista clínica estructurada y semiestructurada en un lapso de 4 a 10 días después de la realización del inventario. Cuadro 4.	**C** **NICE** *Cortés Rico, 2020*
R	Se recomienda que el personal de primer nivel de atención, reciba información y capacitación relacionada con temas de salud mental, psicoeducación, contención emocional, derivación adecuada y escalas de tamizaje sobre depresión y entrevistas estructuradas con los criterios de DSM-5 para el diagnóstico de depresión.	**C** **NICE** *Cortés Rico, 2020*
R	Si el reactivo 9 del cuestionario CDI es positivo (Pienso en matarme, pero no lo haría. Quiero matarme), y aunque el puntaje sea menor a 19 debe ser referido atención primaria en salud para su valoración.	**C** **NICE** *Cortés Rico, 2020*

E	El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2019 recomienda el rutinario de los adolescentes entre 12 y 18 años que son derivados al primer nivel de salud mental, pero no en Atención Primaria, mediante otro cuestionario: el Mood and Feeling Questionnaire, diseñado para niños y adolescentes, con una versión larga y corta y un cuestionario para padres. No evalúa ideación suicida, y debe interpretarse en función de la edad y sexo. Área bajo curva aceptable 0,75-0,85. Parece que la combinación con mejor resultado es la versión larga a paciente y padres. El diagnostico de depresión mayor en niños y adolescentes es un trastorno complejo con múltiples factores de riesgo bilógicos y ambientales interactuando entre sí, por lo que debe realizarse mediante entrevista clínica incluyendo información de desarrollo del niño o adolescente, de la familia y del entorno escolar. Los cuestionarios por sí solos no son herramienta única para un diagnóstico específico.	**1+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019*
R	Se recomienda la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y realizar entrevista clínica incluyendo información de desarrollo del niño, niña o adolescente, de la familia y del entorno escolar. Diagrama 3.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019*
R	Si el puntaje del CDI es menor a 19 se deben realizar acciones de promoción y educación para la salud mental en el contexto escolar y familiar. Diagrama 4.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019*
E	El US Preventive Services Task Force (USPSTF), Lewandowsk E, 2013 recomienda el cribado para Depresión en adolescentes mediante el BDI o el PHQ-A, que tiene una versión larga con 9 ítems y otra con 2 (PHQ-9 y PHQ-2). En principio dicho cuestionario fue creado para adultos y en 2002 Johnson crean un formulario modificado específicamente para ser usado en adolescentes en centros de APS como método de cribado de patología psiquiátrica. En relación con su comportamiento para la detección de depresión mayor, encontraron (no aportan datos de intervalos de confianza) una sensibilidad de 0,73, especificidad de 0,94, un valor predictivo positivo de 0,56 y un valor predictivo negativo de 0,97; en el estudio de validación publicado no consta el punto de corte diagnóstico utilizado, ni datos de área bajo curva. Hay que señalar que la mayoría de la muestra cribada fue entrevistada (patrón diagnóstico de referencia) cuando habían pasado más de dos semanas.	**2+** **NICE** *MINSAL, 2017* *Lewandowski E, 2013*

	Richardson LP, 2010 posteriormente analiza el comportamiento y la validez del PHQ-9 específicamente para la depresión: utilizando un punto de corte de 11 o más puntos, la sensibilidad en adolescentes fue de 0,89, la especificidad 0,77, el valor predictivo positivo (validación mediante entrevistas diagnósticas estructuradas) fue de 0,15, el valor predictivo negativo 0,99; la razón de probabilidad positiva fue de 3,98 y la de probabilidad negativa de 0,14. Se obtuvo un área bajo curva de 0,88 (IC 95: 0,82 a 0,94). La validación se realizó mediante entrevistas diagnósticas estructuradas. Permite clasificar la gravedad del cuadro puesto que, a mayores puntuaciones, mayor grado de afectación funcional, mayores problemas psicosociales y de internalización de síntomas. La pregunta 9 explora específicamente la conducta suicida; en relación con la versión corta, PHQ-9 tiene en adolescentes una sensibilidad de 0,74 y especificidad del 0,75.	
R	Se recomienda clasificar la gravedad del cuadro puesto que, a mayor puntuación, mayor dificultad para la adaptación o realización de sus actividades escolares y psicosociales, así como de mayor riesgo suicida.	**B** **NICE** *MINSAL, 2017* *Lewandowski E, 2013*
R	Se recomienda que el personal del primer nivel de atención y el personal de las escuelas, conozcan y se familiaricen con la aplicación del cuestionario CDI a niño, niña o adolescente que ha sufrido algún evento estresante agudo o que hayan estado expuestos por tiempo prolongado a factores de riesgo que impacten negativamente en su salud emocional y mental.	**B** **NICE** *MINSAL, 2017* *Lewandowski E, 2013*
E	En EE. UU. el USPSTF recomienda el cribado de depresión a todos los adolescentes que acuden a consulta, se ha publicado un estudio de Lewandowski E, 2016 de seguimiento donde se utilizó el cuestionario PHQ-9. Comparan datos de 2010, 2011 y 2012: aumentaron los cuestionarios pasados, los cuestionarios positivos, los casos diagnosticados y los falsos positivos. En el primer año, (se pasaba el cuestionario a casos seleccionados según criterio clínico) el 56% de los cuestionarios superaron el punto de corte, es decir, fueron positivos; dos años después, cuando se generaliza la aplicación de la recomendación de cribar (se multiplica por 14 la utilización del PHQ-9), el porcentaje de casos positivos pasa a ser un 19%. En el año 2010 se pasaron 162 cuestionarios y se diagnosticaron 43 casos, mientras que, en 2012, tras cribar a 2283 adolescentes, los casos confirmados fueron 134. El valor predictivo positivo pasó de un 47% a un 30%. Tras la recomendación de cribado universal, se diagnosticaron más casos, pero los falsos positivos también aumentaron. Se han publicado estudios de programas escolares de cribado llevados a cabo por enfermeras en adolescentes entre 12 y 18 años.	**2+** **NICE** *MINSAL, 2017* *Lewandowski E, 2013*

R	Posterior a la detección de posibles casos de depresión en el ámbito escolar o familiar, deben canalizarse a primer nivel de atención médica para ser confirmado el diagnóstico, mediante entrevista clínica y exploración médica de acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE-10 ó del DSM-5. Cuadro 5.	**B** **NICE** *MINSAL, 2017* *Lewandowski E, 2013*
R	Se recomienda que los profesores reciban en sus reuniones de consejo técnico escolar, información y psicoeducación sobre salud mental, así como del cuestionario CDI para la detección y derivación adecuada y oportuna de los casos detectados.	**B** **NICE** *MINSAL, 2017* *Lewandowski E, 2013*
E	En el estudio realizado por Miranda de la Torre, 2016 realizado en México el cual es descriptivo, analítico y transversal se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs a escolares de quinto y sexto años de primaria de escuelas para obtener las propiedades psicométricas de dicho instrumento y evaluar su adecuación y confiabilidad en esta población, así como para observar la incidencia de rasgos depresivos y sus diferencias según el sexo. A partir de una muestra no clínica, se seleccionaron 557 escolares de ambos sexos y con una edad promedio de 10.65 años. Se da cuenta de los resultados del análisis factorial exploratorio hecho al respecto, que mostró cuatro factores que explican la tercera parte de la varianza total. Se determinó un alto índice de rasgos depresivos en la población escolar, de moderados a severos, sin hallarse diferencias significativas en la ocurrencia de la depresión por sexo. Con base en estos resultados, se concluye que la escala resulta adecuada y confiable para la población de niños sonorenses. Los cuestionarios aplicables al cribado deben ser breves, fáciles de administrar y evaluar, fiables y válidos: identificar una proporción razonable de pacientes y una baja proporción de falsos positivos.	**2+** **NICE** *Miranda de la Torre, 2016*
R	Se debe aplicar el cuestionario CDI a los escolares de 7 a 12 años y adolescentes hasta los 17 años de edad, después del primer bimestre del inicio de ciclo escolar, para dar tiempo de adaptación a la nueva etapa escolar.	**B** **NICE** *Miranda de la Torre, 2016*
R	Se sugiere realizar entrevista clínica y estructurada en un lapso de 4 a 10 días (después de la aplicación del cuestionario CDI), con la finalidad de confirmar o descartar un trastorno depresivo. Diagrama 3.	**B** **NICE** *Miranda de la Torre, 2016*

3.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pregunta 3. *¿Cuáles son los principales diagnósticos diferenciales del trastorno depresivo?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	La guia de práctica clínica 2014, sobre el manejo del Trastorno Depresivo Mayor en el adulto del ministerio de salud de España, se establecen como principales diagnósticos diferenciales algunas patologías médicas, otros trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y uso de medicamentos. Entre los padecimientos médicos destacan; patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia, carcinomatosis, cáncer páncreas y los síndromes dolorosos crónicos, al igual que descartar padecimientos mentales como; trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar y trastornos adaptativos. La guía clínica AUGE. 2013 de Episodio Depresivo en personas de 15 años y mas del Ministerio de Salud de Chile, establece como prinicipales diagnósticos diferenciales en cuanto el uso de fármacos que pueden ocasionar cuadros depresivos como con el medicamento de esteroides, interferón, alfa-metildopa, isotretinoína, vareniclina y la terapia hormonal. También refieren el uso de algunos fámacos para determinar un diagnóstico diferencial como sucede con la discontinuacion de cocaína, ansiolíticos y anfetaminas. En una revisión realizada por Mcyntire, 2019 se establece el diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar, ya que en múltiples ocasiones se confundir por la presentaión clínica similar, sobre todo por la presencia de un episodio depresivo en el trastorno bipolar. Según la evidencia clínica y científica, es importante considerar otras otras patología que podría compartir síntomas o presentaciones clínicas con el trastorno depresivo mayor, y descartar enfermedades neurológicas, reumáticas e infecciosas que pueden dar síntomas similares con un cuadro depresivo.	**1+** **NICE** *Mcyntire, 2019* *GPC. Española, 2014* *GPC. Chile AUGE, 2013*
R	Se debe realizar la Historia Clínica completa, con interrogatorio dirigido enfatizando si hay uso de medicamentos (isotretinoína, corticoesteroides, hormonales y estimulantes); sustancias de abuso (anfetaminas, cocaína, marihuana, solventes y otros); que pudiesen estar ocasionando sintomas depresivos. Asimismo la exploración fisica para detectar cualquier signo (clinimetría alterada, lesiones, cicatrices,	**B** **NICE** Mcyntire, 2019 *GPC. Española, 2014*

	dismorfias, etc.) que orienten a la presencia de autolesiones, maltrato o negligencia.	GPC. Chile AUGE, 2013
E	Algunos medicamentos, sustancias o enfermedades tienen un cuadros clínicos que simulan un episodio depresivo, entre los que se incluyen: ▪ Medicamentos. - isotretinoína, corticoesteroides y estimulantes (p.ej., anfetaminas, metilfenidato) ▪ Sustancias de abuso: anfetaminas, cocaína, marihuana, solventes ▪ Infecciones. - síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), mononucleosis, influenza ▪ Trastornos neurológicos. - epilepsia, migraña, lesión cerebral traumática ▪ Sistema endocrino. - enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, hipopituitarismo, trastornos de la tiroides	**1+** **NICE** *NICE, 2019*
R	Se debe interrogar intencionalmente todas las causas de diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas depresivos.	**B** **NICE** *NICE, 2019*
R	Se debe descartar cualquier tipo de padecimientos médicos	**B** **NICE** *NICE, 2019*

2.4. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Pregunta 4. *¿Qué intervenciones psicológicas, psicoterapia, terapia cognitivo conductual, psicoeducación son efectivas para el tratamiento de la depresión en el primer nivel de atención?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión en la infancia y adolescencia incluyen diversas técnicas, con diferencias como su base teórica, tipo de actividades y tareas, duración y frecuencia del tratamiento, además de diferentes formatos de aplicación: individual, familiar o grupal, todo ello les confiere un carácter especial que dificulta los estudios acerca de su eficacia, sesga sus resultados y reduce el tamaño del efecto en los metanálisis, ya que implica: variabilidad en la aplicación de una misma intervención, dificultades en el control de las variables del terapeuta (entrenamiento, experiencia clínica), dificultad en realizar estudios de doble ciego, y en la replicación de los resultados debido a la heterogeneidad de las muestras y diversidad de los instrumentos y variables de medida. La guía NICE, 2019 incluyo 40 estudios que evaluaron la efectividad de las diferentes intervenciones psicológicas y en 2017 añadió 5 nuevos ECA: ▪ McCauley, 2015 evaluó un programa de activación conductual ▪ Rohde, 2014 sobre la terapia cognitivo-conductual grupal ▪ Dietz, 2015 se centró en evaluar el papel de la terapia interpersonal familiar en preadolescentes. ▪ Zhou X, 2015 un metanálisis en red ▪ Forti-Buratti MA, 2016 una revisión sistemática que evaluó la eficacia del tratamiento psicológico en niños	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
E	**Terapia cognitivo-conductual (TCC).** Dentro de este modelo iniciado por Albert Ellis y consolidada por Aron Beck a finales de los años 70, y que es la intervención que ha mostrado mayor utilidad en el tratamiento de la depresión. Este abordaje terapéutico incluye una serie de técnicas de intervención que se podrían resumir en: técnicas conductuales (activación conductual, técnicas de afrontamiento), técnicas emotivas y técnicas de reestructuración cognitiva. Es una terapia centrada en el presente, cuyo eje principal de que la depresión está	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017* *CANMAT, 2016*

	mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.	
R	Se debe implementar un programa basado en el aprendizaje socioemocional y el comportamiento positivo.	**D** **NICE** *MINSAL, 2017* *CANMAT, 2016*
R	Paciente con detección con síntomas depresivos se debe enviar a la terapia cognitiva conductual e interpersonal han mostrado evidencia de mejoría de los síntomas depresivos.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019*
E	**TCC individual vs Relajación.** Se reporta un único ECA evaluó la TCC frente a la Relajación, donde la TCC obtuvo mejores resultados en todas las variables analizadas: valoración del estado funcional pos-tratamiento (53 pacientes) y a los 6-9 meses (48 pacientes), presencia de síntomas depresivos (MFQ-C) post-tratamiento (53 pacientes) y a los 6-9 meses (48 pacientes), remisión post-tratamiento (48 pacientes) y a los 6-9 meses (43 pacientes) y abandono por cualquier motivo (53 pacientes). Las únicas diferencias estadísticamente significativas a favor de la TCC fueron en la presencia de síntomas depresivos (12,5 puntos menos en la escala MFQ-C) y en la remisión post-tratamiento (RR 2,6; IC 95 % 1,1 a 6,16), en resumen, no existe evidencia concluyente sobre la efectividad de la TCC individual.	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017* *NICE, 2015*
E	**TCC grupal vs Control.** Se reporta un total de 13 ECA evaluaron la TCC grupal frente a un grupo control. La intervención obtuvo mejores resultados que el control, siendo la diferencia estadísticamente significativa en las variables estado funcional (1 ECA, 64 pacientes), en síntomas depresivos post-tratamiento (13 ECA, 887 pacientes) y en el porcentaje de pacientes con remisión post-tratamiento (1 ECA, 30 pacientes). No hubo diferencias entre grupos en la presencia de síntomas depresivos a 6-9 y 12-24 meses (7 ECA con 1187 pacientes y 3 ECA con 848 pacientes, respectivamente) ni en el número de abandonos por cualquier motivo (1 ECA, 46 pacientes).	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017* *NICE, 2015*
E	**TCC grupal vs Tratamiento habitual.** Se reporta un total de 4 ECA (5 publicaciones) evaluaron la TCC grupal frente al tratamiento habitual (que podía incluir tratamiento antidepresivo farmacológico o de otro tipo). La intervención obtuvo mejor resultado que el tratamiento habitual en síntomas depresivos pos tratamiento (DEM 0,20 menos; 4 ECA, 808 pacientes) y peor en el número de abandonos (RR 5,11; IC 95 % 1,84 a 14,18; 1 ECA, 150 pacientes), ambos de forma estadísticamente significativa. No hubo diferencias entre	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017* *NICE, 2015*

	grupos en la valoración del estado funcional (GAF) (pos tratamiento, a 6-9 y a 12-24 meses), en la presencia de síntomas depresivos (varias escalas) a 6-9 y 12-24 meses, ni en la ideación suicida (K-SADS) pos tratamiento y a 12-24 meses.	
R	El tratamiento para la depresión moderada a severa, incluye el desarrollo de un plan integral para tratar el episodio depresivo, ayudar a la familia a responder de manera efectiva a las necesidades emocionales del paciente y de ser necesario, generar apoyo dentro del entorno escolar.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019*
E	**TCC grupal + sesiones a padres.** Reporta un total de 2 ECA evaluaron la TCC grupal, frente a la TCC grupal + sesiones a padres. La TCC grupal sola obtuvo mejor resultado que la TCC grupal asociada a sesiones a padres en la valoración del estado funcional (GAF) (1 ECA, 69 pacientes), en la presencia de síntomas depresivos pos tratamiento (BDI) (2 ECA, 104 pacientes) y en el número de remisiones (1 ECA, 35 pacientes), aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Por contra, la TCC grupal asociada a sesiones a padres obtuvo mejor resultado que la TCC grupal sola en la presencia de síntomas depresivos (BDI) a los 6-9 meses (1 ECA, 30 pacientes) y a los 12-24 meses (1 ECA, 20 pacientes), aunque también sin diferencias estadísticamente significativas.	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	La OMS recomienda insistir en la prevención y ayuda en mejorar la calidad de la función de ser padres y de favorecer el desarrollo emocional y social de los NNA.	**B** **NICE** *MINSAL, 2017*
R	Se recomienda a los profesores ▪ Identificar las habilidades del menor y hacer uso de ellas durante el día escolar ▪ Reforzar conductas positivas, si es necesario llamar la atención, que sea en privado y sin avergonzarlo ▪ Evitar etiquetar, prejuzgar o estigmatizar ▪ Intentar que el alumno se sienta seguro, respetado y aceptado, conociendo sus capacidades y limitaciones	**B** **NICE** *Guía navarro 2018*
R	Se debe iniciar como parte de tratamiento para la depresión la terapia cognitivo-conductual (TCC), particularmente en formato individual, grupal y la terapia interpersonal (TIP), por grupo de edad y sexo.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

R	Se debe referir a Terapia cognitivo-conductual a los adultos con depresión mayor, en sesiones de 1 hora a la semana por un periodo de 8 a 16 sesiones y revalorar la respuesta. Diagrama 2.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se debe referir a Terapia cognitivo-conductual a los niños, niñas, adolescentes con depresión mayor, en sesiones de 1 hora a la semana por un periodo de 8 a 16 sesiones y revalorar la respuesta. Diagrama 4.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
E	Intervenciones psicológicas para la prevención de recaídas. Personas con depresión que se considera que tienen un riesgo significativo de recaída (incluidas aquellas que han recaído a pesar del tratamiento con antidepresivos o que no pueden o eligen no continuar el tratamiento con antidepresivos) o que tienen síntomas residuales, se les debe ofrecer uno de las siguientes intervenciones psicológicas: ▪ TCC individual para personas que han recaído a pesar de la medicación antidepresiva y para personas con antecedentes importantes de depresión y síntomas residuales a pesar del tratamiento ▪ Terapia cognitiva basada en la atención plena para personas que actualmente se encuentran bien pero que han experimentado tres o más episodios previos de depresión Las personas con depresión que se someten a TCC individual para la prevención de recaídas, la duración del tratamiento normalmente debe estar en el rango de 16 a 20 sesiones durante 3 a 4 meses. Si es necesario extender la duración del tratamiento para lograr la remisión, debe: Consiste en dos sesiones por semana durante las primeras 2 a 3 semanas de tratamiento. Incluir sesiones de seguimiento adicionales, que normalmente constan de cuatro a seis sesiones durante los siguientes 6 meses	**3** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	La terapia cognitiva en pacientes con recaídas en tratamiento debe administrarse en grupos de 8 a 15 participantes y consiste en reuniones semanales de 2 horas durante 8 semanas y 4 sesiones de seguimiento en los 12 meses.	**C** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

2.5. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN ADULTOS

Pregunta 5. *¿Qué fármacos son efectivos para la depresión en adultos?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Un metanálisis de Gartlehner G, 2011 integrado por 234 estudios donde comparar los riesgos y beneficios entre los antidepresivos de primera y segunda generación, donde observo que el tratamiento farmacológico a considerar opta por iniciar con un Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina, como fluoxetina, sertralina o paroxetina y siempre discutir con el paciente sobre las opciones farmacológicas, sus efectos adversos así como las interacciones medicamentosas, preguntar sobre la percepción y tolerabilidad de previos tratamientos, indicando el uso de antidepresivos cuando: ▪ Diagnóstico de depresión moderada o grave ▪ Presentación inicial de los síntomas leves de la depresión han persistido por un largo periodo de tiempo (por lo menos dos años) ▪ Los síntomas depresivos leves o moderados persisten a pesar de otras intervenciones Para las personas que inician antidepresivos y no tienen riesgo suicida, considerar verlos cada 2 semanas al inicio y posteriormente de 2 a 4 semanas los primeros 3 meses, posteriormente se pueden alargar las consultas si la respuesta sigue siendo buena. Para las personas con alto riesgo suicida, se debe valorar cada semana hasta que el riesgo sea bajo. Si la respuesta es mínima después de la tercera o 4ª semana, considerar aumentar la dosis. Si no se observa una respuesta durante las primeras 4 semanas, considerar aumentar la dosis del antidepresivo y dar un tiempo estimado de 4 semanas más para ver la respuesta.	**2+** **NICE** *CANMAT, 2016* *NICE, 2019* *STAR-D, 2015*
R	Antes de iniciar el tratamiento antidepresivo el personal del primer nivel de atención debe informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, los efectos secundarios y el posible retraso del efecto terapéutico.	**B** **NICE** *CANMAT, 2016* *NICE, 2019* *STAR-D, 2015*
R	Se debe valorar cada semana a los pacientes con alto riesgo suicida hasta que el riesgo sea bajo.	**B** **NICE** *CANMAT, 2016* *NICE, 2019* *STAR-D, 2015*

R	Si no se observa una respuesta durante las primeras 4 semanas, se debe considerar aumentar la dosis del antidepresivo y dar un tiempo estimado de 4 semanas más para valorar la respuesta. Cuadro 7.	**B** **NICE** *CANMAT, 2016* *NICE, 2019* *STAR-D, 2015*
E	Una revisión sistemática y metanálisis realizada por Taylor, 2006 identificando 50 ensayos clínicos sobre los ISRS: La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos secundarios y su tolerabilidad, la seguridad y las propiedades farmacológicas, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costes y las preferencias de los pacientes. Los ISRS son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo/ beneficio, por lo que deberán considerarse la primera elección de tratamiento. Es aconsejable que todos los pacientes con depresión moderada tratados con fármacos sean valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento, y antes de 8 días en el caso de depresión grave. Se puede considerar el tratamiento con benzodiacepinas en casos de presencia de ansiedad, insomnio y/o agitación, aunque su uso no debería prolongarse más de 2-3 semanas con el fin de prevenir el desarrollo de dependencia, el seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico ha de ser estrecho, al menos las 4 primeras semanas. El tratamiento antidepresivo se mantenga al menos 6 meses tras la remisión del episodio y valorar aspectos como la existencia de episodios previos, comorbilidad y presencia de otros factores de riesgo antes de decidir su retirada; el tratamiento de mantenimiento se realice con la misma dosis con la que se alcanzó la respuesta. Para evitar el síndrome de discontinuación, se recomienda que el cese del tratamiento antidepresivo se realice reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, particularmente con fármacos de vida media corta como la paroxetina o venlafaxina. Ante un síndrome de discontinuación, se recomienda llevar a cabo una confirmación diagnóstica y en el caso de síntomas importantes, considerar reintroducir el antidepresivo original en su dosis efectiva (u otro antidepresivo de la misma clase con una vida media larga) y reducir la dosis gradualmente. Cuando se prescriba tratamiento farmacológico se explorará la percepción del paciente y se favorecerá una actitud positiva del mismo. Además, se realizará una adecuada monitorización de los efectos secundarios y de la evolución tanto de los síntomas como de la capacidad funcional. Asimismo, tras haber obtenido	**1+** **NICE** *CANMAT, 2016* *NICE, 2019* *STAR-D, 2015* *Zhou X, 2020*

	la autorización del paciente, se aclararán las dudas de los familiares para poder contar con su apoyo al tratamiento. Mantener siempre al paciente informado sobre los beneficios y los efectos adversos que puede esperar el paciente para tomar la decisión adecuada, así como su tolerabilidad a los fármacos.	
R	Se recomienda el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina por tener el mejor riesgo/beneficio de estos ante otro tipo de antidepresivos. Cuadro 7.	**A** **NICE** *CANMAT, 2016* *NICE, 2019* *STAR-D, 2015* *Zhou X, 2020*
R	Se debe continuar el tratamiento de mantenimiento con la misma dosis con la que se alcanzó la respuesta. Cuadro 8.	**A** **NICE** *CANMAT, 2016* *Zhou X, 2020*
R	El seguimiento se debe valorar en el día 7 y 15 posteriores del inicio del fármaco, para evaluar efectos adversos y apego al tratamiento, y por lo menos tomarlo durante 6 meses una vez que hayan remitido los síntomas.	**A** **NICE** *CANMAT, 2016* *Zhou X, 2020*
R	Se debe aclarar todas las dudas del paciente y los familiares para poder contar con su apoyo al tratamiento y mantener siempre al paciente informado sobre los beneficios y los efectos adversos que puede esperar el paciente para tomar la decisión adecuada, así como su tolerabilidad a los fármacos.	**A** **NICE** *CANMAT, 2016* *Zhou X, 2020*
E	En la guía canadiense 2016, para los trastornos afectivos y ansiosos, una revisión sistemática de ensayos clínicos con intervenciones aleatorizadas y controladas sobre el tratamiento de la depresión realizada por Christensen, H. 2008, concluye lo siguiente: Utilizar como medicamento de primera línea, en episodio depresivo moderado y grave, un antidepresivo ISRS. Los antidepresivos tricíclicos se utilizan como tratamiento de segunda o tercera línea en depresiones refractarias, debido al alto riesgo de reacciones adversas y complicaciones graves en sobredosis. En depresiones refractarias se debe optimizar dosis o cambiar antidepresivo, y potenciar con litio, liotironina o un segundo antidepresivo. En episodios depresivos de trastornos bipolares, los estabilizadores del ánimo, como litio, lamotrigina y ácido valproico, están indicados como primera línea. Los siguientes	**2+** **NICE** *CANMAT, 2016* *Zhou X, 2020*

	medicamentos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo: paroxetina, benzodiacepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico Se prefiere la utilización de ISRS sobre otro tipo de antidepresivos. Los antidepresivos tricíclicos se utilizan de segunda o tercera línea de tratamiento, por lo que estos se pueden considerar para referencia con el especialista, se hace énfasis en los fármacos contraindicados durante el primer trimestre del embarazo, en caso de TDM no se debe utilizar la Paroxetina. En un metanálisis por Fournier 2010, se llegó a la conclusión de las siguientes recomendaciones obtenidas de 6 estudios clínicos (n=718 pacientes), la mayoría de los pacientes con TDM leve, moderada o grave, se prefiere utilizar un ISRS o un inhibidor de la recaptura de serotonina noradrenalina (dual), mirtazapina o bupropión. La forma de llegar a dosis terapéuticas dependerá de la edad del paciente, comorbilidades, tratamientos farmacológicos concomitantes o los efectos adversos que vaya presentando. Durante la fase aguda, los pacientes deben ser monitoreados regularmente para identificar los efectos adversos (ej., síntomas gastrointestinales, sedación, insomnio, activación, cambios en el peso, o efectos adversos cardiovasculares, neurológicos, anticolinérgicos o sexuales). El tratamiento farmacológico se recomienda para todos los tipos de TDM (moderado o grave) y se recomienda de primera instancia los ISRS o los ISRN (duales) así como la mirtazapina o el bupropión, sin embargo, por la complejidad de la farmacología de estos tres últimos, se prefiere sean vistos por el médico especialista en psiquiatría y para primer nivel dejar las opciones de ISRS únicamente.	
R	Se debe iniciar tratamiento farmacológico para todos los tipos de TDM (moderado o grave) y se recomienda iniciar con los Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina, como fluoxetina, sertralina o paroxetina).	**B** **NICE** *CANMAT, 2016* *Zhou X, 2020*
R	Los siguientes medicamentos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo: paroxetina, benzodiacepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico	**B** **NICE** *CANMAT, 2016* *Zhou X, 2020*
R	Se recomienda utilizar ISRS sobre otro tipo de antidepresivos en el embarazo, particularmente la Sertralina que tiene menos riesgo durante el embarazo.	**B** **NICE** *CANMAT, 2016* *Zhou X, 2020*

3.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PEDIATRÍA

Pregunta 6. *¿Qué fármacos son efectivos para la depresión en niños niñas y adolescentes?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	En la guía NICE 2019, se analizó un me análisis en red, estudiando la efectividad comparativa entre antidepresivos de nueva generación y la seguridad de diferentes antidepresivos de nueva generación en niños y adolescentes diagnosticados con depresión evaluaron términos de funcionamiento, resultados relacionados con el suicidio y otros resultados adversos. Se investigó el impacto de la edad, la duración del tratamiento, la gravedad inicial y la financiación de la industria farmacéutica en la depresión calificada por los médicos (CDRS-R) y los resultados relacionados con el suicidio. Se incluyeron ECA´s de 6 a 18 años de edad de ambos sexos y de cualquier etnia con trastorno depresivo mayor diagnosticado clínicamente. Se incluyeron ECA´s que compararon la efectividad de los antidepresivos de nueva generación entre sí o con un placebo. Los antidepresivos de nueva generación incluyeron: ▪ Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ▪ Inhibidores selectivos de la recaptura de norepinefrina (IRSN) ▪ Inhibidores de la recaptura de norepinefrina ▪ Inhibidores de la recaptura de dopamina norepinefrina ▪ Inhibidores dopaminérgicos de norepinefrina (NDDI) ▪ Antidepresivos tetracíclicos (TeCA) Se incluyeron 26 estudios, la mayoría de los antidepresivos pueden estar asociados con una reducción “pequeña y sin importancia” de los síntomas de depresión en la escala CDRS-R (rango 17 a 113) en comparación con placebo (evidencia de certeza alta: paroxetina: DM 1,43; IC del 95%: -3,90, 1,04; vilazodona: DM -0,84; IC del 95%: -3,03; 1,35; DM de desvenlafaxina -0,07; IC del 95%: -3,51, 3,36; evidencia de certeza moderada: sertralina: DM -3,51, IC del 95%: -6,99, -0.04; fluoxetina: DM 2,84, IC del 95%: -4,12, -1,56; escitalopram: DM -2,62, IC del 95%: -5,29, 0,04; evidencia de certeza baja: duloxetina: DM -2,70; IC del 95%: -5,03, -0,37; vortioxetina: DM 0,60, IC del 95%: -2,52, 3,72; evidencia de certeza muy baja para las comparaciones entre otros antidepresivos y placebo). Hubo diferencias “pequeñas y sin importancia” entre la mayoría de los antidepresivos en la reducción de los síntomas de depresión (evidencia de certeza alta o moderada). Los resultados fueron similares en otros resultados de beneficio. En la mayoría de los estudios, el riesgo de autolesión	**1++** **NICE** *Zhou X, 2020* *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

	o suicidio fue un criterio de exclusión para el estudio. Hay evidencia de certeza baja de que la fluoxetina (OR 1,27; IC del 95%: 0,87; 1,86), la paroxetina (OR 1,81; IC del 95%: 0,85; 3,86), la sertralina (OR 3,03; IC del 95%: 0,60, 15,22) y la venlafaxina (OR 13,84; IC del 95%: 1,79; 106,90) pueden aumentar "al menos ligeramente" las probabilidades de resultados relacionados con el suicidio en comparación con placebo. Hay evidencia de certeza moderada de que la venlafaxina probablemente da lugar a un aumento "al menos ligeramente" de las probabilidades de resultados relacionados con el suicidio en comparación con la desvenlafaxina (OR 0,07; IC del 95%: 0,01; 0,56) y el escitalopram (OR 0,06; IC del 95%: 0,01 a 0,56).	
E	Se incluyeron en los análisis datos de 60 estudios (94 artículos) que cumplieron los criterios de elegibilidad de la revisión. Para los adolescentes (las edades de los participantes del estudio varían de 12 a 18 años) con TDM, la terapia cognitivo-conductual (TCC), fluoxetina, escitalopram y TCC combinadas pueden mejorar los síntomas depresivos; no está claro si la magnitud de la mejoría es clínicamente significativa. Entre los adolescentes o niños con TDM, la TCC más medicamentos (8-17 años) pueden estar asociados con tasas más bajas de recaída (1 ECA [n = 121]). En la misma población (6–17 años), los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) pueden asociarse con una mejor respuesta (7 ECA [n = 1.525]; diferencia de riesgos [DR], 72/1 000 [intervalo de confianza [IC] del 95%, 2 a 24], I2 = 9%) y estado funcional (5 ECA [n = 941]; diferencia de medias estandarizada, 0,16 [IC del 95%, 0,03 a 0,29]; I2 = 0%). Para los adolescentes o niños con cualquier DD (7-18 años), la TCC o la terapia familiar pueden estar asociadas con mejoras en los síntomas, la respuesta o el estado funcional (1 ECA cada uno, n varía de 64 a 99). Entre los niños con cualquier DD (712 años), la terapia interpersonal basada en la familia puede estar asociada con una mejoría de los síntomas (1 ECA, n = 38). Los ensayos de psicoterapia no informaron daños perjudiciales. Los ISRS pueden estar asociados con un mayor riesgo de eventos adversos graves entre los adolescentes o niños con TDM (7-18 años; 9 ECA [n = 2,206]; RD, 20/1.000 [IC del 95%, 1 a 440]; I2, 4%) y con un mayor riesgo de retiro debido a eventos adversos entre los adolescentes con TDM (12-18 años; 4 ECA [n = 1.296], DR, 26/1.000 [IC del 95%, 6 a 45]; I2, 0%). La paroxetina (1 ECA [n = 180]) puede estar asociada con un mayor riesgo de ideación o comportamientos suicidas entre los adolescentes con TDM (12-18 años). La evidencia fue insuficiente para juzgar el riesgo de ideación o comportamiento suicida para otros ISRS en adolescentes y niños con TDM u otro DD (7–18 años) (10 ECA [n = 2,368]; riesgo relativo, 1,14 [IC del 95%, 0,89 a 1,45]; I2, 8%).	**1++** **NICE** *Zhou X, 2020* *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

	Sin embargo, este informe excluyó los datos sobre pacientes hospitalizados y aquellos sin trastornos depresivos, a quienes la Administración de Alimentos y Medicamentos incluyó para encontrar un mayor riesgo de suicidio para todos los antidepresivos en todas las indicaciones. En conclusión, existen tratamientos eficaces para los adolescentes con TDM.	
R	Se debe aclarar todas las dudas del paciente y los familiares para poder contar con su apoyo al tratamiento y mantener siempre al paciente informado sobre los beneficios y los efectos adversos que puede esperar el paciente para tomar la decisión adecuada, así como su tolerabilidad a los fármacos.	**A** **NICE** *CANMAT, 2016* *Cipriani A, 2016*
R	Los niños, niñas y adolescentes de 8 a 17 años de edad con depresión moderada y grave deben iniciar tratamiento farmacológico asociado a TCC y terapia familiar, ya que se demostró menos tasas de recaída. Diagrama 4.	**A** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
E	Una Revisión Sistemática de Viswanathan M, 2020 evaluaron cómo funcionan los antidepresivos en niños y adolescentes con depresión, comparando los efectos beneficiosos y perjudiciales de los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos disponibles en niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente o no especificado de otra manera. Se realizaron búsquedas de evidencia disponible en cinco bases de datos y otras fuentes desde el inicio hasta el 29 de mayo de 2019, se examinaron dos veces los resultados y se analizaron los estudios elegibles. Se incluyeron en los análisis datos de 60 estudios (94 artículos) que incluyeron: adolescentes (de 12 a 18 años) con TDM, la terapia cognitivo-conductual (TCC), fluoxetina, escitalopram y fluoxetina y TCC combinadas podrían mejorar los síntomas depresivos. La evidencia de la revisión fue que entre los adolescentes o niños con TDM, la TCC más medicamentos (8-17 años) pueden estar asociados con tasas más bajas de recaída (1 ECA [n = 121]); en la misma población (6–17 años), los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) presentaron una mejor respuesta. Los ISRS pueden estar asociados con un mayor riesgo de eventos adversos graves entre los adolescentes o niños con TDM y con un mayor riesgo de retiro debido a eventos adversos entre los adolescentes con TDM (12-18 años).	**1++** **NICE** *Viswanathan M, 2020*

	La paroxetina puede estar asociada con un mayor riesgo de ideación o comportamientos suicidas entre los adolescentes con TDM (12-18 años). Sin embargo la evidencia fue insuficiente para juzgar el riesgo de ideación o comportamiento suicida para otros ISRS en adolescentes y niños con TDM u otro DD (7–18 años).	
R	Se debe iniciar tratamiento en pacientes de 8 a 17 años de edad con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que se evidenció una mejor respuesta.	**A** **NICE** *Viswanathan M, 2020*
R	No se recomienda la paroxetina por estar asociada con un mayor riesgo de ideación o comportamientos suicidas entre los adolescentes con depresión.	**A** **NICE** *Viswanathan M, 2020*
R	Se debe enviar a Paidopsiquiatria pacientes menores de 8 años con detección de depresión mayor.	**A** **NICE** *Viswanathan M, 2020*
R	Se debe enviar a Paidopsiquiatria e iniciar tratamiento en NNA de 8 a 12 años: ▪ 1° Fluoxetina 20 a 60mg (iniciar con 10mg y aumentar gradualmente) ▪ 2° Sertralina 50mg a 200mg (iniciar 25mg y aumentar gradualmente)	**A** **NICE** *Viswanathan M, 2020*
R	Se debe iniciar tratamiento en Mayores de 12 años: ▪ **1°** Fluoxetina 20 a 60mg (iniciar con 10mg y aumentar gradualmente) o Escitalopram 10mg a 20mg (iniciar con 5mg y aumentar gradualmente) ▪ 2° Sertralina 50mg a 200mg (iniciar 25mg y aumentar gradualmente)	**A** **NICE** *Viswanathan M, 2020*
R	En adolescentes de 12 a 17 con depresión moderada, se debe utilizar una de dos opciones: ▪ Dosis inicial de fluoxetina 10 mg aumentando gradualmente hasta un máximo de 40 mg al día; o ▪ Escitalopram 5 mg al día hasta un máximo de 20 mg al día, según respuesta. Cuadro 8.	**A** **NICE** *Viswanathan M, 2020*

R	El seguimiento se debe valorar en el día 7 y 15 posteriores del inicio del fármaco, para evaluar efectos adversos y apego al tratamiento, y por lo menos tomarlo durante 6 meses una vez que hayan remitido los síntomas.	**A** **NICE** *CANMAT, 2016* *Cipriani A, 2016*
R	Se recomienda valorar respuesta a tratamiento con la aplicación del cuestionario CDI en la sesión 12 por Psicología o médico especialista	**A** **NICE** *CANMAT, 2016* *Cipriani A, 2016*
E	Una Meta-Revisión por Boaden K, 2020 evalúa la eficacia, tolerabilidad y suicidio en el tratamiento agudo de depresión en NNA, se realizaron búsquedas sistemáticas en PubMed, EMBASE y Web of Science (hasta el 31 de octubre de 2019) de revisiones sistemáticas existentes y metanálisis de ensayos controlados aleatorios doble ciego esta meta revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de los antidepresivos para el tratamiento agudo en niños y adolescentes de: ▪ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ▪ Trastornos de ansiedad (TA) ▪ Trastorno del espectro autista (TEA) ▪ Enuresis ▪ Trastorno depresivo mayor (TDM) ▪ Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ▪ Trastorno de estrés postraumático (TEPT) La eficacia se midió como respuesta al tratamiento (ya sea como cambio general medio en los síntomas o como un resultado dicotómico) y la tolerabilidad se midió como la proporción de pacientes que interrumpieron el tratamiento debido a eventos adversos. La suicidalidad se midió como ideación suicida, comportamiento (incluidos los intentos de suicidio) y suicidio completo. La calidad de las revisiones incluidas se evaluó utilizando AMSTAR-2. Esta metra revisión a incluyó nueve revisiones sistemáticas/metanálisis (2 sobre el TDAH; 1 sobre el TEA; 2 sobre el TEA; 1 sobre la enuresis; 1 sobre el TDM, 1 sobre el TOC y 1 sobre el TEPT). En cuanto a la eficacia, esta revisión encontró que, en comparación con placebo: la fluoxetina fue más eficaz en el tratamiento del TDM, la fluvoxamina y la paroxetina fueron mejores en el tratamiento de la TA; la fluoxetina y la sertralina fueron más eficaces en el tratamiento del TOC; el bupropión y la desipramina mejoraron los síntomas del TDAH calificados por el médico y el maestro; la clomipramina y la tianeptina fueron superiores en algunos de los síntomas centrales del TEA; y ningún antidepresivo fue más eficaz para el TEPT y la enuresis.	**2++** **NICE** *Boaden K, 2020*

E	Con respecto a la tolerabilidad: la imipramina, la venlafaxina y la duloxetina fueron menos bien toleradas en el TDM; no se encontraron diferencias para ninguno de los antidepresivos en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad (TA), el TDAH y el TEPT; tianeptina y citalopram, pero no clomipramina, fueron menos bien tolerados en niños y adolescentes con TEA. Para el comportamiento suicida/ideación, la venlafaxina (en el TDM) y la paroxetina (en la TEA) se asociaron con un riesgo significativamente mayor; por el contrario, la sertralina (en la TA) se asoció con un riesgo reducido. La mayoría de las revisiones sistemáticas/metanálisis incluidos fueron calificados como de calidad alta o moderada por la herramienta de evaluación crítica AMSTAR-2 (uno y cinco, respectivamente). Hubo poca información disponible acerca de la tolerabilidad de los antidepresivos en los ECA del TOC y en el tratamiento del TDAH, el TEA, el TDM y el TEPT. Hay una escasez de datos sobre la ideación/comportamiento suicida, pero la paroxetina puede aumentar el riesgo de suicidio en el tratamiento de la TA y la venlafaxina para el TDM. Los hallazgos de esta revisión deben considerarse a la luz de las limitaciones potenciales, como la falta de información comparativa acerca de muchos antidepresivos, los resultados a corto plazo y la calidad de la evidencia disponible. La evidencia de la revisión encontró que, en comparación con placebo: ▪ Fluoxetina fue más eficaz en el tratamiento del TDM ▪ Fluvoxamina y la paroxetina fueron mejores en el tratamiento de la TA ▪ Fluoxetina y la sertralina fueron más eficaces en el tratamiento del TOC ▪ Bupropión y la desipramina mejoraron los síntomas del TDAH ▪ Clomipramina y la tianeptina fueron superiores en algunos de los síntomas centrales del TEA ▪ Ningún antidepresivo fue más eficaz para el TEPT y la enuresis Con respecto a la tolerabilidad: Imipramina, la venlafaxina y la duloxetina fueron menos bien toleradas en el TDM; no se encontraron diferencias para ninguno de los antidepresivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (TA), el TDAH y el TEPT; tianeptina y citalopram, pero no clomipramina, fueron menos bien tolerados en niños y adolescentes con TEA, para el comportamiento suicida/ideación: ▪ Venlafaxina (en el TDM) y la paroxetina (en la TA) se asociaron con un riesgo significativamente mayor ▪ Sertralina (en la TA) se asoció con un riesgo reducido	**2++** **NICE** *Boaden K, 2020*

R	No se recomienda en niños y adolescentes Paroxetina por no demostrar ser eficaz. No se recomienda en niños y adolescentes Inhibidores de la recaptura de serotonina-noradrenalina (IRSNs).	**B** **NICE** *Boaden K, 2020*
R	Se deben evitar en niños y adolescentes los Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs) por sus efectos secundarios. Se deben evitar en niños y adolescentes los antidepresivos tetracíclicos (ATeCs) en los niños.	**B** **NICE** *Boaden K, 2020*
E	Un Metanálisis por Locher C, 2017 examinó la eficacia y seguridad relativas de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptura de serotonina-norepinefrina (IRSN) y el placebo para el tratamiento para los trastornos psiquiátricos comunes entre niños y adolescentes. Fuentes de datos: PubMed, EMBASE, PsycINFO, Web of Science y Cochrane Database desde su inicio hasta el 7 de agosto de 2016. Se incluyeron ECA´s publicados y no publicados de ISRS o IRSN en jóvenes con Diagnóstico Depresivo (DD). Se excluyeron los ensayos que utilizaron otros antidepresivos (p. ej., antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa). Los tamaños del efecto, calculados como diferencias de medias estandarizadas (Hedges g) y cocientes de riesgos (CR) para los eventos adversos, se evaluaron en un modelo de efectos aleatorios. Los resultados primarios, según lo definido por los autores sobre los datos previos y posteriores a la intervención, los datos de cambio medio y los datos de eventos adversos, fueron extraídos de forma independiente por múltiples observadores siguiendo las directrices prisma. Treinta y seis ensayos fueron elegibles, incluidos 6778 participantes (3484 [51,4%] mujeres; edad media 51 años); 17 estudios para la DD, 10 para la Eventos de Ansiedad (TA). El análisis mostró que los ISRS y los IRSN fueron significativamente más beneficiosos en comparación con el placebo, produciendo un tamaño de efecto pequeño (g = 0,32; IC del 95%, 0,25-0,40; P < ,001). Trastorno de ansiedad (g = 0,56; IC 95%, 0,400,72; P < ,001) mostró tamaños de efecto entre grupos significativamente mayores que DD (g = 0,20; IC del 95%, 0,13-0,27; P < ,001). Esta diferencia fue impulsada principalmente por la respuesta al placebo: los pacientes con DD mostraron respuestas de placebo significativamente mayores (g = 1,57; IC del 95%, 1,36-1,78; P < ,001) en comparación con aquellos con TA (g = 1,03; IC del 95%, 0,84-1,21; P < ,001). Los ISRS produjeron un tamaño de efecto relativamente grande para los TA (g = 0,71; IC del 95%, 0,45-0,97; P < ,001). En comparación con los participantes que recibieron placebo, los pacientes que recibieron un antidepresivo informaron significativamente más eventos adversos emergentes del	**1+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

E	tratamiento (RR, 1,07; IC del 95%, 1,01-1,12; P = .01 o RR, 1.49; IC del 95%, 1,22-1,82; P < ,001, según el método de notificación), eventos adversos graves (RR, 1,76; IC del 95%, 1,342,32; P < ,001), y la interrupción del estudio debido a eventos adversos (RR, 1,79; IC del 95%, 1,38-2,32; P < ,001). Conclusiones y relevancia: En comparación con placebo, los ISRS y los IRSN son más beneficiosos que el placebo en niños y adolescentes; sin embargo, el beneficio es pequeño y específico del trastorno, lo que produce una mayor diferencia fármaco-placebo para la TA que para otras afecciones. La respuesta al placebo es grande, especialmente en DD. Los eventos adversos graves son significativamente más comunes con los ISRS y los IRSN que con el placebo. los ISRS y los IRSN fueron significativamente más beneficiosos en comparación con el placebo, produciendo un efecto pequeño. El trastorno de ansiedad mostró un tamaño de efecto entre grupos significativamente mayor que Trastorno Depresivo (TD). Esta diferencia se debió principalmente a la respuesta placebo: los pacientes con TD mostraron respuestas placebo significativamente mayores en comparación con aquellos con. Los ISRS produjeron un tamaño de efecto relativamente grande para TD. En comparación con los pacientes que recibieron un antidepresivo reportaron significativamente más efectos adversos en comparación a los participantes que recibieron placebo. En conclusión, en comparación con el placebo, los ISRS y los IRSN son más beneficiosos que el placebo en niños y adolescentes; sin embargo, el beneficio es pequeño y específico del trastorno, dando lugar a una mayor diferencia de fármaco-placebo para TA que para otras condiciones. La respuesta al placebo es grande, especialmente en DD. Los eventos adversos severos son significativamente más comunes con los ISRS y los SNRI que con el placebo.	**1+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se recomienda Fluoxetina ya que tiene la mayor evidencia de su eficacia y está aprobada por la FDA para niños de 8 años o más.	**A** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se recomienda Sertralina aprobada por la FDA para depresión en adolescentes. Cuadro 8.	**A** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

E	Un metanálisis en red por Cipriani A, 2016 evaluó eficacia comparativa y tolerabilidad de los antidepresivos para el trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes: la evidencia directa e indirecta de los ensayos relevantes. Se realizaron búsquedas en sitios web de agencias reguladoras registros internacionales de ensayos controlados aleatorios doble ciego publicados y no publicados hasta el 31 de mayo de 2015 para el tratamiento agudo del trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. Se incluyeron ensayos de amitriptilina, citalopram, clomipramina, desipramina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, imipramina, mirtazapina, nefazodona, nortriptilina, paroxetina, sertralina y venlafaxina. Se excluyeron los ensayos que reclutaron participantes con depresión resistente al tratamiento, duración del tratamiento de menos de 4 semanas o un tamaño de muestra general de menos de diez pacientes. Se extrajo la información relevante de los informes publicados con una hoja de extracción de datos predefinida y se evaluó el riesgo de sesgo con la herramienta Cochrane de riesgo de sesgo. Los resultados primarios fueron la eficacia (cambio en los síntomas depresivos) y la tolerabilidad (interrupciones debido a eventos. Se consideraron elegibles 34 ensayos, incluidos 5260 participantes y 14 tratamientos antidepresivos. La calidad de la evidencia se calificó como muy baja en la mayoría de las comparaciones. Para la eficacia, solo la fluoxetina fue estadísticamente significativamente más efectiva que el placebo (diferencia de medias estandarizada -0·51, intervalo creíble del 95% [CrI] -0·99 a -0·03). En términos de tolerabilidad, la fluoxetina también fue mejor que la duloxetina (odds ratio [OR] 0,31, CrI del 95% 0,13 a 0,95) y la imipramina (0,23, 0,04 a 0,78). Los pacientes que recibieron imipramina, venlafaxina y duloxetina tuvieron más interrupciones debido a eventos adversos que los que recibieron placebo (5,49, 1,96 a 20,86; 3,19, 1,01 a 18,70; y 2,80, 1,20 a 9,42, respectivamente). Al considerar el perfil de riesgo-beneficio de los antidepresivos en el tratamiento agudo del trastorno depresivo mayor, estos fármacos no parecen ofrecer una ventaja clara para los niños y adolescentes, La fluoxetina es probablemente la mejor opción a considerar cuando se indica un tratamiento farmacológico, Eficacia comparativa y tolerabilidad de los antidepresivos para el trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. En caso de presentar insomnio, se hace la recomendación de iniciar un fármaco sedante como la trazodona o en caso de que lo active, cambiar de horario y valorar la respuesta. En caso de generar agitación se sugiere suspender el antidepresivo.	**1+** **NICE** *Cipriani A, 2016*

R	Se debe hacer énfasis al paciente en el tiempo de respuesta del medicamento siendo este de 2 a 3 semanas (máximo 8 semanas) y debe mantener tratamiento de al menos 6 meses posterior a la remisión de los síntomas. Diagrama 4.	**A** **NICE** *Cipriani A, 2016*
R	Se recomienda iniciar tratamiento con terapia cognitivo-conductual y fluoxetina para pacientes pediátricos con depresión.	**A** **NICE** *Cipriani A, 2016*

3.6. CALIDAD EN LA CONSULTA MEDICA

Pregunta 7. *¿Cuál es el tiempo de duración, con mayor efectividad en la consulta con un probable diagnóstico de depresivo en adultos y edad pediátrica?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	NICE, 2019 reporta varios estudios: ▪ (Kaufman 1997, Costello 1985, Herjanic y Reich 1991, Goodman 2000, Mayes 2010, Sheehan 1997) Sobre el tiempo de duración de la 1era Consulta en niños y adolescentes con probable episodio depresivo, donde se realiza la entrevista estructurada y semiestructuradas utilizando diferentes test, los cuales tienen una duración dependiente a la edad y tipo de cuestionario, realizando un promedio del tiempo, observando que es un mínimo de 60minutos y máximo de 150minutos en promedio 120 minutos. NICE, 2015 menciona una Revisión Sistemática de Hetrick, 2012 y un Metanálisis de Cipriani, 2016 donde reporta el tiempo aproximado sobre consultas subsecuentes para valorar la eficacia del nuevo tratamiento farmacológico es necesario que sea realizado a dosis adecuadas y durante un periodo suficiente más el tratamiento psicológico. En el estudio TORDIA, sobre la consulta la cual fue realizada por profesionales con experiencia previa en dicho tratamiento, donde las sesiones se realizaron semanalmente y durante 60-80 minutos, e incluyeron algunas que implicaron también a los padres, las evidencias obtenidas sugieren que los resultados obtenidos podrían no ser aplicables en condiciones diferentes a las expuestas.	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* MINSAL, 2017

	La importancia de dar un servicio de calidad depende del tiempo de consulta, así como el grado de depresión como puede ser: ▪ Depresión resistente en niños y adolescentes ▪ 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). Sus beneficios principales serian permitir una observación y estudio más detallados del paciente, así como de su cumplimiento y respuesta al tratamiento, sin la influencia inmediata de posibles condicionantes externos de la sintomatología y en un entorno de mayor seguridad para el mismo, valorando las modalidades del tratamiento. En la práctica, el número de sesiones puede ajustarse a las necesidades del paciente, a la gravedad de la enfermedad, y a otros factores relevantes.	
R	Se debe otorgar un tiempo mínimo de 60 minutos y máximo de 120 minutos en la 1era Consulta en niños, niñas, adolescentes y adultos con probable episodio depresivo, donde se realiza la entrevista estructurada y semiestructurada. Cuadro 5.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se debe otorgar un tiempo mínimo de 60 minutos y máximo de 80 minutos en la Consulta Subsecuente en niños y adolescentes con diagnóstico de depresión, para valorar la eficacia del nuevo tratamiento farmacológico y psicológico.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se deben ajustar el número de sesiones para lograr las metas dependiendo a las necesidades del paciente, a la gravedad de la enfermedad, y a otros factores relevantes.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

3.7. Metas de SEGUIMIENTO

***Pregunta 8**. ¿Cuáles son metas efectivas de seguimiento al acudir a consulta con el especialista en Psiquiatría, Paidopsiquiatría o Psicólogo clínico en consulta?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Los parámetros de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AACAP) (Birmaher, 2007), indican que, "en un paciente con una depresión leve, con un impacto negativo leve del funcionamiento psicosocial, y con ausencia de riesgo suicida significativo o psicosis, es razonable comenzar el tratamiento con psicoeducación, apoyo y manejo de los estresores ambientales presentes en la familia y en la escuela (más que con una terapia farmacológica). Se espera observar una respuesta después de 4 a 6 semanas de terapia de apoyo". Es decir, el uso de la psicoeducación, las medidas de apoyo, y el manejo psicosocial del caso manejo de apoyo es una opción de tratamiento válida y ampliamente utilizada, si bien no ha sido bien estudiada en investigación. Es necesario tener expectativas altas, es decir, buscar lograr la remisión total de los síntomas, y un retorno al nivel de funcionamiento premórbido (recuperación). Cualquier otro resultado es un resultado subóptimo ya que la persistencia de los síntomas depresivos aumenta la probabilidad de un funcionamiento psicosocial inferior, de suicidio y de otros problemas (p.ej., consumo de sustancias), así como también de recaídas y recurrencia. En la mayoría de los casos, una buena práctica es involucrar a los padres del niño o el adolescente en el proceso de evaluación y tratamiento (por ejemplo, en el análisis de las opciones de tratamiento disponibles y sus ventajas y riesgos relativos); pero el grado va a depender de la edad del niño, la etapa del desarrollo, sus deseos y circunstancias, y la cultura del país. Tomarse tiempo para realizar esto fortalecerá la relación terapéutica y mejorará la adherencia y los resultados del tratamiento. Monitorizar regularmente la gravedad de la depresión, utilizando una escala de evaluación. También debe evaluarse regularmente el riesgo suicida, y no solamente en la entrevista de evaluación, dado que el riesgo de suicidio fluctúa en el tiempo. Manejar la crisis en sí misma, puede ser suficiente para resolver la depresión percibida, particularmente en los servicios de atención primaria. Como parte del manejo de apoyo, ver al adolescente y a los padres, si corresponde en dos o tres ocasiones, permite una evaluación más profunda de la enfermedad y de los factores que la mantienen, y analizar con más detalle las opciones de tratamiento, los riesgos y los efectos secundarios. Por tanto, el manejo de apoyo y la espera vigilante son estrategias útiles cuando el riesgo de suicidio es bajo y la depresión es leve.	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017* Birmaher, 2007

R	Se recomienda monitorizar regularmente la gravedad de la depresión, utilizando una escala de evaluación (Cuadro del estado de ánimo semanal/adaptado mensual) realizada por su familiar o responsable y que será revisada por médico y psicólogo asignado. Cuadro 9.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se debe evaluar regularmente el riesgo suicida, interrogar ideas y pensamientos de muerte o suicidas, planeación o intentos suicidas, juegos o sueños de muerte, tanto al paciente como al familiar o responsable.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
E	Las metas a lograr sobre el tratamiento es evaluar y dar seguimiento a las Intervenciones: Psicosociales en especial la terapia cognitivo conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (PIP), parecen ser eficaces en el tratamiento de la depresión leve y moderada. En el estudio Langer, 2009 observaron que en la práctica clínica, el número de sesiones se puede ajustarse a las necesidades del paciente, a la gravedad de la enfermedad, y a otros factores relevantes; el objetivo del tratamiento es revertir este círculo vicioso, aprendiendo que los propios sentimientos, pensamientos y acciones están interconectadas, y a desarrollar estrategias para tener patrones de pensamiento y conducta más positivos, que a su vez llevarán a tener sentimientos más positivos para mantener relaciones sociales de adecuada calidad, las que a menudo son afectadas por la depresión; por lo que se debe sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y asertividad. ▪ La primera meta de la TCC es ayudar a los pacientes a identificar la relación entre el estado de ánimo, los pensamientos y las actividades de su vida diaria, otra meta es ayudar al paciente a discriminar entre los pensamientos que ayudan y los que no ▪ La segunda meta es ayudar a desarrollar estrategias para generar pensamientos más útiles en respuesta a las situaciones estresantes (reestructuración cognitiva) ▪ La tercera meta es ayudar a la persona a desarrollar habilidades sociales, de comunicación y asertividad	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se debe involucrar a los familiares o responsables del paciente en el proceso de evaluación y en el seguimiento de la respuesta al tratamiento con respecto a la evolución de los síntomas, efectos adversos y riesgos relativos.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

R	Los pacientes deben lograr las siguientes metas: ▪ Identificar la relación entre el estado de ánimo, los pensamientos y las actividades de la vida diaria ▪ Desarrollar estrategias para generar pensamientos más útiles en respuesta a las situaciones estresantes (reestructuración cognitiva) ▪ Desarrollar habilidades sociales, de comunicación y asertividad ▪ Discriminar entre los pensamientos adaptativos y des adaptativos ▪ Desarrollar habilidad de regulación emocional: enojo, ira, tristeza	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
E	Fármacos antidepresivos alcanzan mejores resultados a corto plazo, las diferencias entre los resultados de las diferentes intervenciones psicosociales y los antidepresivos tienden a desaparecer después de 24 a 36 semanas. En todo caso, el efecto placebo es mayor en los niños y adolescentes que en los adultos, en el cual la gravedad del episodio depresivo es un aspecto importante: los antidepresivos no son más eficaces que el placebo en la depresión moderada, pero son más eficaces cuando la depresión es grave. Una buena práctica clínica también incluye hacer un seguimiento semanal de la evolución del paciente (personalmente o, cuando no es posible, telefónicamente), durante el primer mes del tratamiento farmacológico. Estas sesiones de seguimiento permiten realizar un apoyo, y monitorizar los efectos secundarios y la respuesta al tratamiento (mediante la administración de una escala de evaluación de la depresión en cada sesión). Un aspecto clave al prescribir medicamentos, y al obtener el consentimiento informado para ello, es analizar con el paciente y su familia: ▪ Razones para la administración del medicamento ▪ Posibles efectos adversos (entre los que se incluyen el surgimiento o aumento del pensamiento suicida, nerviosismo, agitación, irritabilidad e inestabilidad anímica) ▪ Necesidad de tomar los medicamentos tal cual fueron prescritos ▪ Acción retardada de los antidepresivos (para atenuar las expectativas de resultados inmediatos) El objetivo de dar un tratamiento integral es eliminar los síntomas de la depresión, lograr la recuperación y prevenir las recaídas o recurrencias de la enfermedad. Es importante monitorizar regularmente la gravedad de la depresión durante el tratamiento utilizando herramientas como la entrevista clínica y las escalas de riesgo suicida ya que la depresión mayor es el principal factor de riesgo de suicidio entre adolescentes	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

E	que a su vez es, según la organización mundial de la salud, la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. Especificar el grado de depresión con un diagnóstico diferencial y nombrar si se trata de una depresión leve, moderada o severa, así como las comorbilidades presentes durante el curso de la enfermedad. Dentro de las intervenciones psicosociales, la terapia cognitivo conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (PIP) parecen ser eficaces en el tratamiento de la depresión leve y moderada. La mayoría de los estudios informan del uso de 8 a 16 sesiones semanales de una hora de duración, aunque las sesiones de refuerzo pueden mejorar los resultados y reducir la recurrencia; aun cuando los antidepresivos alcanzan mejores resultados a corto plazo, las diferencias entre los resultados de las diferentes intervenciones psicosociales y los antidepresivos tienden a desaparecer después de 24 a 36 semanas; enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales, señalando que las personas experimentan malestar cuando ocurren interrupciones en sus vínculos significativos. Se centra en los conflictos interpersonales actuales, localizándose en las habilidades interpersonales del adolescente deprimido, para mejorar sus relaciones.	**2+** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se recomienda hacer un seguimiento semanal de la evolución del paciente durante el primer mes del tratamiento farmacológico y continuar de 6 a 18 sesiones.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se debe especificar el grado de depresión, así como, las comorbilidades presentes durante el curso de la enfermedad. Cuadro 10.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se recomienda dar tratamiento psicológico y con antidepresivos mínimo 6 a 12 meses.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*
R	Se debe vigilar en niñas, niños y adolescentes que mantengan relaciones sociales, las que a menudo son afectadas por la depresión; mediante el entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y asertividad.	**B** **NICE** *NICE, 2019* *IETSI, 2019* *MINSAL, 2017*

E	Una Revisión Sistemática y Metanálisis, Psiquiatría Lancet, julio 2020 en red se evaluó la eficacia comparativa y aceptabilidad de antidepresivos, psicoterapias y su combinación para el tratamiento agudo de niños y adolescentes con trastorno depresivo: Este análisis actualizado se basa en 71 ECA, que incluyeron a 9510 niños y adolescentes con trastornos depresivos asignados al azar a 28 intervenciones activas o cuatro condiciones de control. Hasta donde sabemos, esta es la primera vez que la intervención psicológica, la intervención farmacológica y su combinación para el trastorno depresivo en niños y adolescentes se comparan en un metanálisis en red, donde se encontró que fueron significativamente más eficaces que el placebo en forma de píldora en niños y adolescentes con trastornos depresivos., de todas las intervenciones incluyen: ▪ Solo la fluoxetina ▪ TCC y fluoxetina También encontramos que la psicoterapia interpersonal fue más eficaz que todos los controles psicológicos, pero con una confianza de la evidencia muy baja. La fluoxetina más TCC se asoció con una mayor reducción de los síntomas depresivos que la TCC o la psicoterapia psicodinámica, con una confianza de la evidencia muy baja. Nortriptilina fue peor que la mayoría de las intervenciones activas; sin embargo, la interpretación de este resultado estuvo limitada por el ciclo inconsistente de nortriptilina versus fluoxetina versus placebo en forma de píldora. Estos tamaños de efecto resumidos fueron en su mayoría de medianos a grandes con cierta incertidumbre, lo que podría resultar del pequeño número de pacientes incluidos, y amplios intervalos creíbles. Por lo tanto, las indicaciones estadísticas de superioridad clínica en este estudio deben interpretarse con cautela. En 2004, la FDA colocó un recuadro de advertencia sobre los antidepresivos por riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas en niños y adolescentes sobre la base de los resultados de los ensayos clínicos. En nuestro análisis, los datos sobre tendencias suicidas sobre intervenciones psicológicas y de combinación se investigaron, por primera vez, sistemáticamente utilizando el mismo enfoque utilizado para la medicación sola. Encontramos que la venlafaxina tenía un riesgo significativamente mayor de tendencias suicidas (comportamiento o ideación suicida) para los jóvenes, lo que está en línea con revisiones anteriores. Dos bases de datos de médicos de EE. UU, que contienen datos sobre 221 028 jóvenes con depresión durante el período 2004-2009 mostraron que, después de considerar el efecto variable	**1+** **NICE** *NICE, 2019* *Lancet, 2020*

E	en el tiempo de los factores de confusión, la aparente asociación entre el uso de antidepresivos y los intentos de suicidio y las lesiones autoinfligidas disminuyó y no estadísticamente significativo; el uso de antidepresivos por parte de los adolescentes había aumentado anteriormente, pero disminuyó abruptamente después de que se introdujeron las advertencias. Nuestra evidencia relacionó la venlafaxina sola con un mayor efecto sobre el comportamiento o la ideación suicida, lo que podría deberse a una mejor notificación de los datos de venlafaxina; debido a la ausencia de datos confiables sobre el suicidio de muchos antidepresivos, no fue posible realizar una evaluación integral del riesgo de suicidio para todas las intervenciones. Los prescriptores deben vigilar de cerca el riesgo de suicidio cuando los niños y adolescentes toman medicamentos antidepresivos, particularmente al comienzo del tratamiento.	**1+** **NICE** *NICE, 2019* *Lancet, 2020*
R	Se debe vigilar de cerca (con supervisión de los familiares o responsable) el riesgo de suicidio cuando los niños, niñas y adolescentes toman medicamentos antidepresivos, particularmente en las primeras semanas de tratamiento.	**A** **NICE** *NICE, 2019* *Lancet, 2020*
R	Se deben dar de 8 a 16 sesiones semanales de una hora de duración de intervenciones psicosociales (TCC y PIP) y dar seguimiento para reevaluar mejoría en depresión leve y moderada en niños, niñas y adolescentes. Diagrama 4.	**A** **NICE** *NICE, 2019* *Lancet, 2020*

3.1. CRITERIOS DE ALTA O REMISIÓN

Pregunta 9. *¿Cuáles son los criterios para alta o remisión?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Una Revisión Sistemática de Machmutow, 2019; donde se comparó la efectividad de los tratamientos de continuación/mantenimiento para los trastornos depresivos persistentes en adultos, donde se observó que la medicación antidepresiva de continuación / mantenimiento redujo el riesgo de recaída o la tasa de recurrencia de la depresión con un Número Necesario a Tratar (NNTB) para obtener un resultado beneficioso adicional de seis y la heterogeneidad entre los estudios fue moderada. Con respecto a la tasa de recaída o recurrencia de la depresión y la gravedad de la depresión, los resultados no son convincentes si la farmacoterapia continuada o mantenida o ambas fue superior al placebo en tabletas en los participantes con depresión persistente, donde 3 ECA proporcionaron datos sobre el abandono debido a cualquier tipo de evento adverso al final de la intervención y la evidencia de baja calidad no indicó diferencias significativas entre la medicación y el placebo; estos 3 estudios: ▪ Gelenberg 2003 ▪ Harrison 1986 ▪ Keller 1998b Diferencias en el tamaño de la muestra, las tasas de abandono debido a eventos adversos en general y entre los brazos de tratamiento, lo que potencialmente contribuyó al grado moderado de heterogeneidad. En el estudio Harrison, 1986 de continuación de tratamiento, ningún participante del grupo de placebo abandonó debido a eventos adversos, pero todos estos participantes recayeron antes, y este estudio tuvo un tamaño de muestra pequeño y una duración de tratamiento bastante corta en comparación con los otros 2 estudios. El estudio Keller 1998 de tratamiento de mantenimiento demostró diferencias considerables en las tasas de abandono entre los grupos, a favor del placebo, y el tratamiento duró 76 semanas, en comparación con los otros dos estudios, Gelenberg 2003 mostró la diferencia más pequeña en las tasas de abandono debido a un evento adverso entre el grupo de medicación y placebo durante la fase de tratamiento de mantenimiento. No estuvo claro si los participantes realmente tomaron la medicación durante toda la fase de mantenimiento.	**1+** **NICE** *Machmutow, 2019*

E	Un metanálisis realizado por Kato, et al en el 2021, evaluó el riesgo de recaída y de fracaso del tratamiento al continuar con el mismo fármaco utilizado para lograr la remisión o al cambiar a un placebo en varios subgrupos clínicamente significativos. Se revisaron 40 estudios (n = 8890), encontrando que la tasa de recaída fue significativamente menor en el grupo de antidepresivos que en el grupo de placebo, en aproximadamente un 20% (OR = 0,38, IC: 0,33-0,43, p < 0,00001; 20,9% frente a 39,7%). La diferencia en la tasa de recaídas entre los grupos de antidepresivos y de placebo fue mayor para los tricíclicos (25,3%; OR = 0,30, IC: 0,17-0,50, p < 0,00001), los ISRS (21,8%; OR = 0,33, IC: 0,28-0. 38, p < 0,00001), y otros agentes más nuevos (16,0%; OR = 0,44, IC: 0,36-0,54, p < 0,00001) en ese orden, mientras que el tamaño del efecto de la aceptabilidad fue mayor para los ISRS que para otros antidepresivos. Un esquema de dosis flexible (OR = 0,30; IC: 0,23-0,48; p < 0,00001) tuvo un mayor tamaño del efecto que una dosis fija (OR = 0,41; IC: 0,36-0,48; p < 0,00001) en comparación con el placebo. Incluso en los estudios asignados tras un tratamiento continuado durante más de 6 meses después de la remisión, el uso continuado de antidepresivos tuvo una tasa de recaída menor que el uso de placebo (OR = 0,40, IC: 0,29-0,55, p < 0,00001; 20,2% frente a 37,2%). La diferencia en la tasa de recaídas fue similar desde un periodo de mantenimiento de 6 meses (OR = 0,41, IC: 0,35-0,48, p < 0,00001; 19,6% vs 37,6%) hasta más de 1 año (OR = 0,35, IC: 0,29-0,41, p < 0,00001; 19,9% vs 39,8%). El abandono por todas las causas de los grupos de antidepresivos y placebo fue del 43% y el 58%, respectivamente, (OR = 0,47, IC: 0,40-0,55, p < 0,00001). ▪ La tasa de tolerabilidad fue de ~4% para ambos grupos ▪ La tasa de recaída (OR = 0,32, IC: 0,18-0,64, p = 0,0010, 41,0% frente a 66,7%) ▪ La tasa de abandono por todas las causas entre los adolescentes fue mayor que en los adultos Para prevenir la recaída y el fracaso del tratamiento, se recomienda una terapia de mantenimiento y una atención cuidadosa durante al menos 6 meses después de la remisión. Los ISRS son agentes bien equilibrados, y los ajustes de dosis flexibles son más eficaces para la prevención de recaídas. En conclusión, las tasas de recaída se pueden reducir al 20% mediante la continuación del mismo medicamento antidepresivo utilizado para lograr la remisión, en comparación con el 40% con la suspensión del antidepresivo.	**1+** **NICE** *Kato, 2021*

	Los ISRS son agentes bien equilibrados y los ajustes de dosis flexibles son más eficaces para la prevención de recaídas. La tasa de recaída se mantuvo sin cambios de 6 meses a más de 1 año en los grupos de antidepresivos y placebo.	
R	Se recomienda mantener el tratamiento farmacológico por 6 meses más, a partir de la mejoría del 50% de la sintomatología.	**A** **NICE** *Kato, 2021* *Machmutow, 2019*
R	Se recomienda el tratamiento farmacológico prolongado por 12 meses a partir de la mejoría del 50% de la sintomatología en caso de: ▪ Depresión recurrente (dos o más episodios depresivos mayores) ▪ Distimia más depresión recurrente ▪ Distimia de al menos tres años de duración, asociada a deterioro en el funcionamiento, con antecedentes de recaída al suspender el fármaco	**A** **NICE** *Kato, 2021* *Machmutow, 2019*
E	**Prevención de continuación y recaídas.** Apoyar y alentar que se ha beneficiado de tomar un antidepresivo con la medicación durante al menos 6 meses. Comente con la persona que: ▪ Esto reduce en gran medida el riesgo de recaída ▪ Los antidepresivos no están asociados con la adicción Revise con la persona con depresión la necesidad de continuar el tratamiento con antidepresivos más allá de los 6 meses después de la remisión, teniendo en cuenta: ▪ El número de episodios anteriores de depresión ▪ La presencia de síntomas residuales ▪ Problemas de salud física concurrentes y dificultades psicosociales Personas con depresión que tienen un riesgo significativo de recaída o tienen antecedentes de depresión recurrente, hable con la persona sobre los tratamientos para reducir el riesgo de recurrencia, incluida la medicación continua, el aumento de la medicación o el tratamiento psicológico (TCC); la elección del tratamiento debe ser influenciado por: ▪ Historial de tratamiento previo, incluidas las consecuencias de una recaída, síntomas residuales, respuesta al tratamiento anterior y cualquier interrupción ▪ La preferencia de la persona	**2+** **NICE** *CANMAT, 2016*

	▪ Usar medicamentos para la prevención de recaídas Personas con depresión que continúen tomando antidepresivos durante al menos 2 años, valorar si tienen riesgo de recaída, se mantiene el nivel de medicación en el que el tratamiento agudo fue eficaz (a menos que haya una buena razón para reducir la dosis, como efectos adversos inaceptables) si: • Han tenido dos o más episodios de depresión en el pasado reciente, durante los cuales experimentaron un deterioro funcional significativo • Tienen otros factores de riesgo de recaída, como síntomas residuales, múltiples episodios previos o antecedentes de episodios graves o prolongados o de respuesta inadecuada Es probable que las consecuencias de una recaída sean graves (por ejemplo, intentos de suicidio, pérdida del funcionamiento, trastornos graves de la vida e incapacidad para trabajar). Al decidir si continuar el tratamiento de mantenimiento más allá de los 2 años, reevalúe con la persona con depresión, teniendo en cuenta la edad, las condiciones comórbidas y otros factores de riesgo. **Interrupción o reducción de antidepresivos.** Explicar al paciente con depresión que estén tomando antidepresivos que los síntomas de interrupción pueden ocurrir al suspender, omitir dosis o, ocasionalmente, al reducir la dosis del medicamento; explique que los síntomas suelen ser leves y autolimitados durante aproximadamente 1 semana, pero pueden ser graves, especialmente si la droga se detiene abruptamente. Al suspender un antidepresivo, reduzca gradualmente la dosis, normalmente durante un período de 4 semanas, aunque algunas personas pueden requerir períodos más largos, particularmente con medicamentos con una vida media más corta (como paroxetina y venlafaxina). Esto no es necesario con fluoxetina debido a su larga vida media.	
R	Se debe valorar Riesgo de Resistencia al Tratamiento a los pacientes con depresión que toman antidepresivos durante al menos 2 meses y no tienen adecuada respuesta, para modificar el tratamiento.	**B** **NICE** *CANMAT, 2016*
R	Los pacientes con tratamiento de mantenimiento a largo plazo deben ser reevaluadas periódicamente, vigilando: ▪ Condiciones comórbidas ▪ Factores de riesgo de recaída ▪ Gravedad y frecuencia de episodios de depresión	**B** **NICE** *CANMAT, 2016*

3.1. PSICOEDUCACION Y ACTIVIDAD FISICA

***Pregunta 10**. ¿La psicoeducación y actividad física es una intervención importante en la prevención primaria, atención oportuna y tratamiento de la depresión?*

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El ECA´s multicéntrico realizado por Casañas R, 2014, que se llevó a cabo entre diciembre del 2008 y Abril del 2010, con 12 equipos de Atención primaria de Barcelona evalúa la efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria en pacientes con síntomas depresivos y determinar si la mejora en los síntomas depresivos estaba asociada con una mejora en la calidad de vida, también estábamos interesados en analizar qué tipo de población se podría beneficiar más de esta intervención, si la población con síntomas "leves" o "moderados". Se incluyeron 231 pacientes mayores de 20 años con un diagnóstico de depresión mayor según el DSM-10 y sintomatología depresiva leve a moderada según el Índice de Depresión de Beck (IDB ≥10 y <30), que eran reclutados a través del médico y las enfermeras de Atención Primaria, del total de pacientes: 85 tenían depresión leve (IDB ≤18) y 146 depresión moderada (IDB ≥19). ▪ Grupo de intervención (GI) (n = 119) recibió un programa grupal psicoeducativo (12 sesiones, semanales, 90 minutos, liderados por dos enfermeras) ▪ Grupo control (GC) (n = 112) recibió la atención habitual Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y a los 3, 6 y 9 meses, las principales medidas de resultado fueron el IDB, EuroQoL-5D y la remisión de los síntomas basado en el IDB ≤11. Los análisis en relación a la remisión de los síntomas mostraron diferencias significativas entre grupos, sobre todo en el grupo de síntomas leves, con una alta tasa de 57% (p = 0,009) en el post-tratamiento y del 65% (p = 0,006) a los 9 meses en el GI versus 31% y 48% respectivamente en el GC. En el grupo de síntomas moderados las tasas de remisión en el GI fueron de menor magnitud con un 24% y 29% (p=0.007 y p=0.068) respectivamente. En relación al BDI, el GI con síntomas leves mostró diferencias significativas a corto (p=0.016) y largo plazo (p= 0.048) con un tamaño del efecto moderado, y el GI de síntomas moderados sólo a corto plazo. En el EQ-5D se obtuvo una diferencia entre grupos de 5 puntos a corto y largo plazo en la muestra de pacientes leves y sólo a corto plazo los moderados, pero estas no fueron significativas.	**2++** **NICE** *Casañas R, 2014*

	Se ha observado que la psicoeducación en pacientes con depresión produce una disminución de los síntomas leves tanto a corto como a largo plazo ya que a través de la psicoeducación se fomentan hábitos de vida saludables que mejoran la calidad del paciente. Así mismo en los pacientes con síntomas moderados, la psicoeducación también genera una disminución de los síntomas, sin embargo, esta mejoría no fue tan efectiva a largo plazo. Se recomienda que ésta intervención se lleve a cabo en la Atención Primaria y puede ser llevada a cabo por personal de enfermería con una capacitación previa	
R	Se debe indicar psicoeducación a todo paciente que se detecte con depresión y se recomienda que ésta intervención se lleve a cabo en la Atención Primaria. Diagrama 2.	**B** **NICE** *Casañas R, 2014*
R	Se recomienda que la psicoeducación se lleve a cabo por el personal de atención primaria en salud APS	**B** **NICE** *Casañas R, 2014*
E	Un metanálisis de Cuijpers, 2009 donde incluyeron 25 ECA´s: 6 de los cuales fueron de prevención (n = 724 participantes). ▪ Prevención: Los participantes que recibieron Afrontamiento de la depresión tuvieron una incidencia menor de desarrollo de trastorno depresivo en comparación con los controles (TIR 0,62; IC del 95%: 0,43 a 0,91; 6 ensayos) y no hubo evidencia de heterogeneidad estadística (I2 = 0%) 19 fueron de tratamiento (n = 3012), con 24 comparaciones de tratamiento con control ▪ Tratamiento: El afrontamiento de la depresión redujo los síntomas de la depresión, en comparación con los controles (ES 0,28; IC del 95%: 0,18 a 0,38; 18 ensayos) con ensayos que mostraron heterogeneidad estadística de baja a moderada (I2 = 31,9%) Los análisis de sensibilidad que utilizaron solo el tamaño del efecto más alto o más bajo por estudio mostraron resultados similares. Los estudios que utilizaron la CES-D para medir la depresión mostraron el tamaño del efecto más grande de 0,62 (IC del 95%: 0,35 a 0,88; ocho comparaciones), seguido de la HRSD (ES 0,31; IC del 95%: 0,15 a 0,46; ocho comparaciones) y BDI (ES 0,47; IC del 95%: 0,23 a 0,71; 11 comparaciones), con heterogeneidad estadística baja a moderada (I2 = 14,5% a 54,0%).	**2++** **NICE** *CANMAT, 2016* Cuijpers 2009

	Afrontar la depresión mostró reducciones estadísticamente significativas en los síntomas en adolescentes (ES 0,35; IC del 95%: 0,05 a 0,66; siete comparaciones) y adultos mayores (ES 0,39; IC del 95%: 0,19 a 0,59; cuatro comparaciones), pero no para los grupos minoritarios, con heterogeneidad estadística moderada (I2 = 42% a 60%). Enfrentar la depresión entregado como una autoayuda guiada (ES 0.52) fue significativamente más efectivo que cuando se entregó sin guía (ES 0.18, p <0.05). La comparación de afrontar la depresión con otros programas de psicoterapia (siete comparaciones) no fue estadísticamente significativa, el programa de entrenamiento para enfrentar la depresión, en el ámbito preventivo demostró que en el grupo donde se aplico tuvo un menor número de personas que desarrollaran un trastorno depresivo a diferencia del grupo control; en cuanto a tratamiento también se observó que el grupo que recibe el programa de entrenamiento para enfrentar la depresión tiene reducción significativa de los síntomas a comparación del grupo que no recibió dicho entrenamiento.	
E	En la guía NICE 2019 mencionan una Revisión Sistemática Cochran, en la cual se revisaron 39 ECA´s con 2326 participantes, cumpliendo los criterios de inclusión y 37 ECA´s proporcionaron datos para la realización de metanálisis; hubo múltiples fuentes de sesgo en muchos de los ensayos; La asignación al azar se ocultó adecuadamente en 14 estudios, 15 utilizaron análisis por intención de tratar y 12 utilizaron evaluadores de resultado cegados. Cuando los ensayos proporcionaron diferentes "dosis" de ejercicio, se utilizaron los datos de la "dosis" más grande de ejercicio y se realizaron análisis de sensibilidad con la "dosis" más baja, se realizó análisis de subgrupos para explorar la influencia del método de diagnóstico de la depresión (entrevista de diagnóstico o punto de corte en la escala, la intensidad del ejercicio y el número de sesiones de ejercicio sobre los tamaños del efecto). Muchos ensayos utilizaron escalas de calificación de autoinforme de los participantes como método para el análisis posterior a la intervención, que también tiene el potencial sesgar los resultados. Para los 35 ECA´s integrados con 1356 participantes, los cuales compararon el ejercicio contra ningún tratamiento o una intervención de control, la Diferencia de Medias Estandarizada (DME) combinada para el principal resultado de depresión al terminar el tratamiento fue -0,62 el Intervalo de Confianza (IC) del 95%: -0,81 a -0,42), lo que indica un nivel clínico moderada heterogeneidad moderada (I2 = 63%). Para 6 ECA´s con 464 participantes con un ocultamiento de la asignación adecuado, análisis por intención de tratar y	**2++** **NICE** *NICE, 2019*

E	cegamiento, en la evaluación del resultado, la DME combinada para este resultado no fue estadísticamente significativa (-0,18; IC del 95%: -0,47 a 0,11). Datos agrupados de 86 ECA´s con 377 participantes que proporcionaron datos de seguimiento a largo plazo sobre el estado de ánimo encontraron un efecto pequeño a favor del ejercicio (DME -0,33; IC del 95%-0,63 a -0,03). Para 29 ECA´s informaron la aceptabilidad del tratamiento, tres ensayos informaron la calidad de vida, ninguno informó el costo y 6 informaron efectos adversos. Para la aceptabilidad del tratamiento (evaluada por el número de abandonos durante la intervención), el cociente de riesgos fue 1,00 (IC del 95%: 0,97 a 1,04): ▪ Siete ensayos compararon el ejercicio con la terapia psicológica (189 participantes) y no encontraron diferencias significativas (DME -0,03; IC del 95%: -0,32 a 0,26). ▪ Cuatro ensayos (n = 300) compararon ejercicio con tratamiento farmacológico y no encontraron diferencias significativas (DME -0,11, -0,34,0,12). ▪ Un ensayo (n = 18) informó que el ejercicio fue más efectivo que la terapia con luz brillante (DM -6,40; IC del 95%: -10,20 a -2,60).	**2++** **NICE** *NICE, 2019*
R	Se recomienda iniciar ejercicio físico ya que se encontró evidencia científica de una mejoría clínicamente significativa para disminuir los síntomas de la depresión.	**B** **NICE** *NICE, 2019*
E	Una Revisión Sistemática, 2010 realizada por Almagro Valverde, tiene como objetivo examinar las investigaciones originales que tratan la asociación entre actividad física y la depresión o síntomas depresivos en todo tipo de poblaciones. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos electrónicas. Tras aplicar los criterios de inclusión, se obtuvieron un total de 12 artículos de los cuales 10 eran estudios observacionales y 2 estudios de intervención. Los resultados de los estudios muestran una relación inversa entre práctica de actividad física y probabilidad de presentar síntomas depresivos o capacidad de la misma para atenuar dichos síntomas en personas deprimidas. La mayoría de los estudios analizan la frecuencia y regularidad de actividad física. Encontraron 2 estudios, realizados respectivamente por Nguyen, Q., Koepsell, T. y Unuetzer 2008 y Baxter 2011, se trata de estudios de intervención, en los cuales hay un grupo control y un grupo experimental, con la diferencia de que en el primero los sujetos tienen más de 65 años y en el segundo los sujetos de la población objeto de estudio tienen unas edades comprendidas entre los 18-69 años.	**1+** **NICE** *Almagro Valverde, 2010*

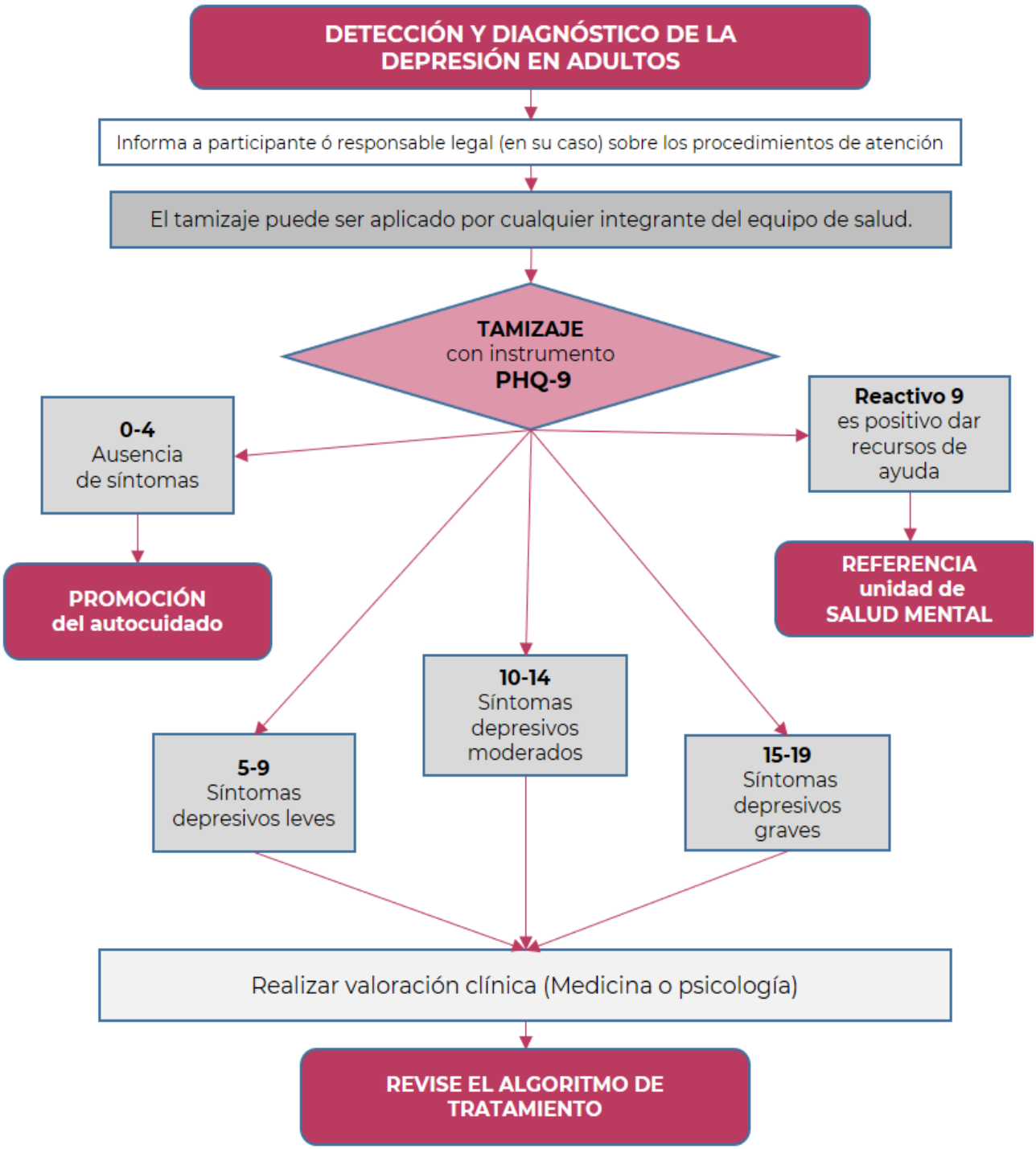
E	El primero de los dos estudios citados va dirigido al tratamiento de la depresión mientras que el segundo va dirigido a la prevención. En ambos se utilizan cuestionarios como instrumentos de medida, a cada grupo experimental se le aplica un programa de actividad física de intensidad baja-moderada durante un tiempo prolongado (8 meses en el primer estudio y 1 año en el segundo estudio), y se observan diferencias significativas entre los grupos de control y los grupos experimentales, encontrándose que la actividad física puede ser un tratamiento eficaz para los sujetos con depresión, además de una buena herramienta para prevenirla. ▪ Un estudio novedoso por Both, F., Hoogendoom, M. y Klein, M. (2010).- A través de 3 casos de sujetos simulados por ordenador, con sus correspondientes esquemas de comportamiento en cuanto a la frecuencia de práctica de actividad física (baja, media, alta), se llegó a la conclusión de que existe una relación positiva entre frecuencia de actividad física y el estado de ánimo y una relación inversa entre la frecuencia de actividad física y probabilidad de padecer depresión o que aparezcan síntomas depresivos. ▪ Teychenne, 2010.- analizaron la influencia de la actividad física, en diferentes ámbitos (tiempo libre, en el trabajo o como medio de transporte) sobre los síntomas depresivos, en mujeres de entre 18 y 45 años. Obtuvieron como resultados, una reducción de los síntomas depresivos solo cuando se realiza actividad física durante el tiempo libre y no en el trabajo o como cuando la utilizan como medio de transporte. Siguiendo esta misma línea Charlotte, M., Schmidt, D. y Sanderson, K. 2009, analizaron la actividad física en el trabajo y durante el tiempo libre medida a través de un podómetro. Observaron la misma relación que Teychenne 2010, encontrando además una relación inversa entre la medida obtenida mediante el podómetro (pasos/día) y la depresión. ▪ Salguero, A., Martínez-García, R., Molinero, O. y Márquez, S. (2010) realizaron un estudio mediante cuestionarios con 436 personas mayores (60-98 años), de las cuales el 42% estaba interno en una residencia de mayores. Encontraron que los mayores internos en residencias practicaban menos actividad física que los que vivían en casa propia, y además como en los estudios anteriores se observó una relación inversa entre nivel de actividad física y la aparición de síntomas depresivos.	**1+** **NICE** *Almagro Valverde, 2010*

	▪ Mikkelsen, S., Schumann, J., Meulengracht, E. y Lykke, E. (2010) realizaron un estudio con sujetos de entre 20 y 93 años y encontraron una relación significativa en mujeres, mientras que en hombres no, en el sentido en que las más activas presentaban menores síntomas depresivos. ▪ Jacka, F., Pasco, J., Williams, L. y Leslie, E. (2010) van más allá y estudian la relación entre la actividad física en la infancia con los síntomas depresivos que presentan estos mismos sujetos en edad adulta, encontrando que los sujetos que fueron más activos en su infancia presentaron menos síntomas depresivos en la edad adulta Los resultados encontrados corroborándose la relación inversa entre práctica de actividad física y síntomas depresivos en todos los estudios, excepto en uno en el que los hombres se mostraron al margen de dicha relación inversa. En esta revisión sistemática se encontró que el ejercicio físico ayuda tanto a la prevención de la aparición de síntomas depresivos como en el tratamiento del trastorno depresivo, tanto en niños, adultos, adultos mayores, personas con enfermedades agudas o crónicas. Así mismo se ve una relación inversa entre la práctica de actividad física y los síntomas depresivos (a más actividad física, menor la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva), siendo la actividad física un factor protector para el desarrollo de depresión en población general, población con algún problema de salud física y con población vulnerable.	
R	Se recomienda realizar actividad física, ya que disminuye la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva, siendo la actividad física un factor protector para el desarrollo de depresión en población general	**B** **NICE** *Almagro Valverde, 2010*
✓	Se recomienda realizar psicoeducación junto con el fomento del autocuidado (Activación Física, alimentación saludable, higiene del sueño, manejo del estrés y la sociabilización) como una intervención básica para cualquier grado de depresión mayor.	**PBP**

4. ANEXOS

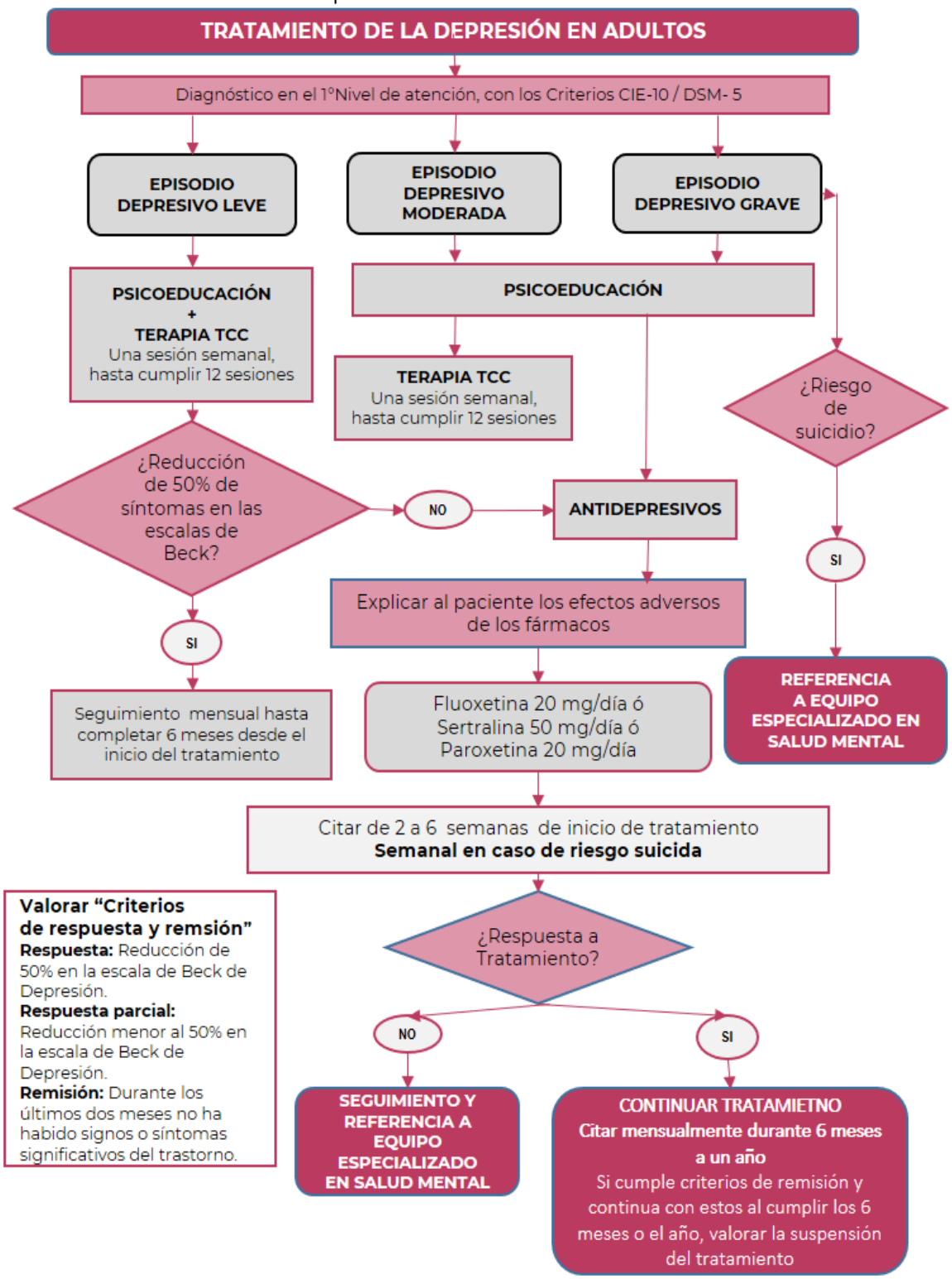
4.1. Diagramas de flujo

Diagrama 1. Detección y Diagnóstico de la Depresión en Adulto



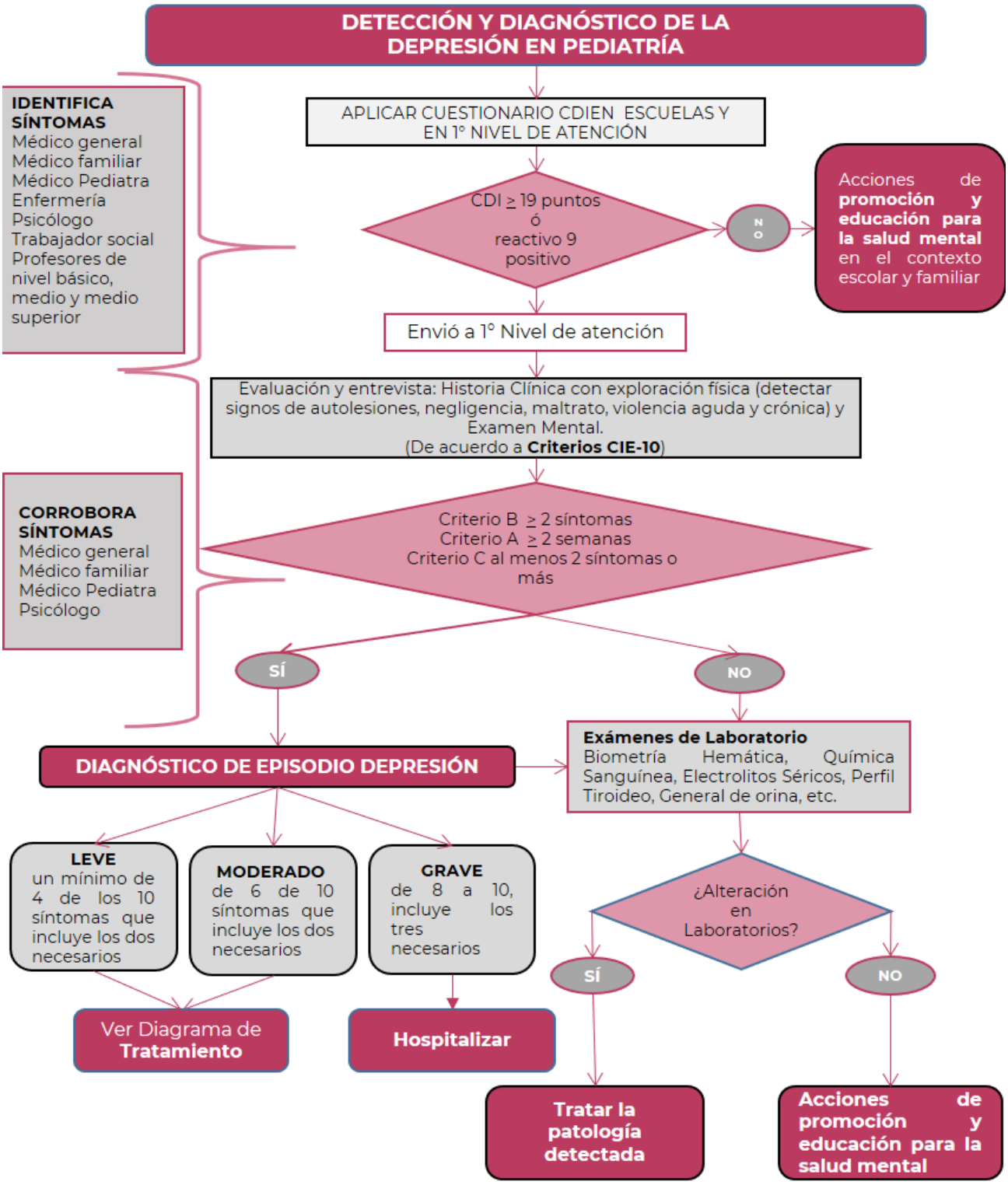
Elaborado por: Alavez M; Peñaloza S; Rodríguez Mayoral, Leal B; Díaz C; Alvarado G; Astudillo G; Bojorge E. Desarrolladores de la Guía de Práctica Clínica.

Diagrama 2. Tratamiento de la Depresión en Adultos



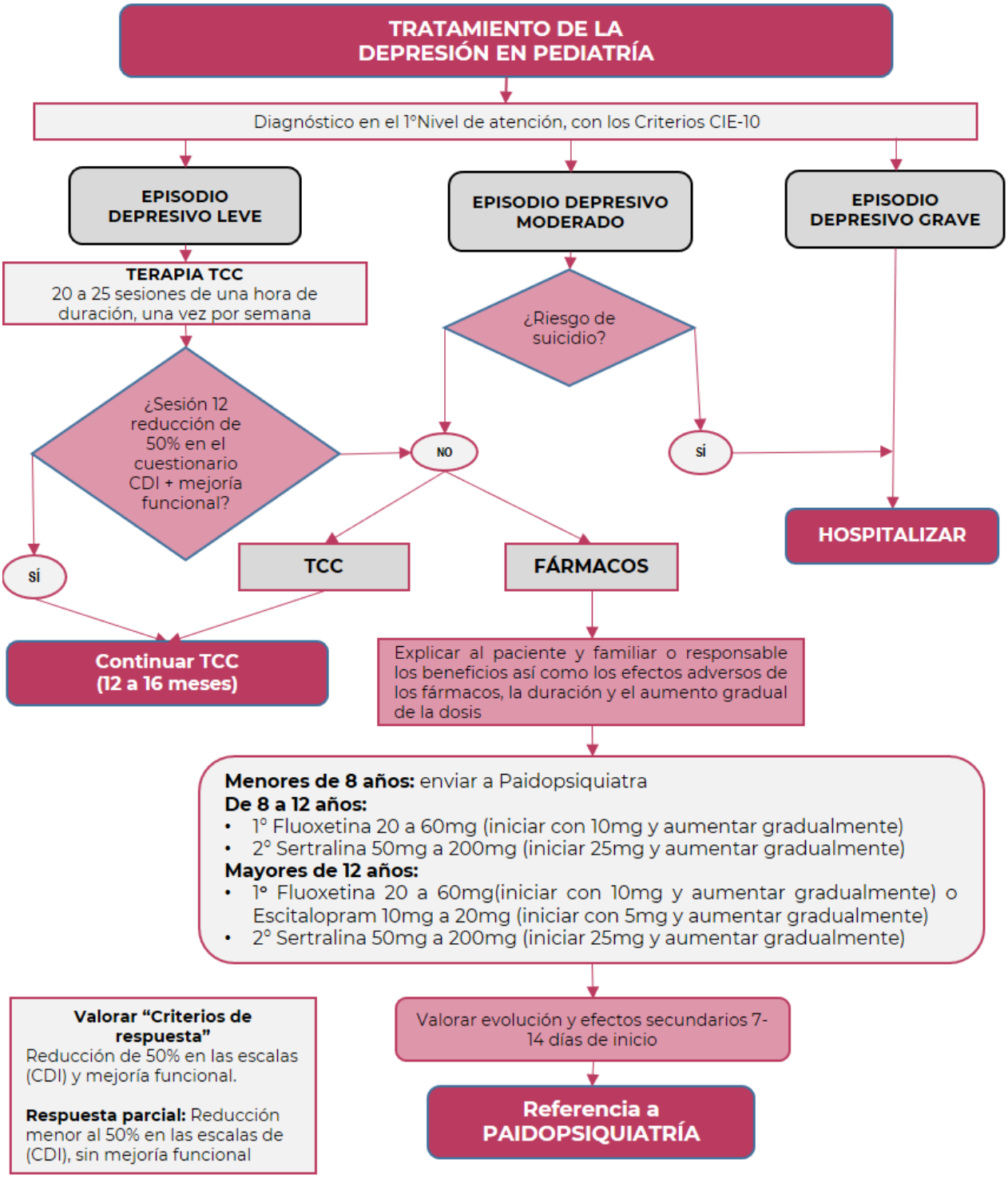
Elaborado por: Peñaloza S; Alavez M; Rodríguez Mayoral, Leal B; Díaz C; Alvarado G; Astudillo G; Bojorge E. Desarrolladores de la Guía de Práctica Clínica.

Diagrama 3. Detección y Diagnóstico de la Depresión en Pediatría



Elaborado por: Nogales I; Del Valle O; Ramos A; Carrillo M. Desarrolladores de la Guía de Práctica Clínica.

Diagrama 4. Tratamiento de episodio depresivo en Pediatría



Elaborado por: Nogales I; Del Valle O; Ramos A; Carrillo M. Desarrolladores de la Guía de Práctica Clínica

4.2. Cuadros o figuras

Cuadro 1. Cuestionario sobre la salud del paciente **(PHQ-9)** por sus siglas en inglés, Patient Health Questionnaire

Requerimientos:

- Formato impreso
- Bolígrafo
- Espacio privado, ventilado, iluminado, sin distracciones

Instrucciones:

1. Pregunte a la persona si prefiere responder por sí misma o si requiere ayuda.
2. En caso de requerir ayuda, explíquele: "A continuación le haré unas preguntas para evaluar su estado de ánimo, por favor tome en cuenta como se ha sentido únicamente durante las últimas dos semanas y conteste de acuerdo con lo siguiente:"
    - Ningún día
    - Varios días
    - Más de la mitad de los días
    - Casi todos los días.
3. Haga las preguntas debidamente ordenadas del 1-9.
4. Registre marcando con una x, la columna correspondiente al puntaje de 0-3 de acuerdo con las respuestas obtenidas.
5. Sume el total de puntos y registre en el apartado de puntaje total.

En caso de haber obtenido puntación mayor a 0 en alguno de los reactivos previos, realice la última pregunta del instrumento y registre la respuesta.

Sugerencias o pautas de interpretación:
De acuerdo con la sumatoria del puntaje obtenido en las respuestas, se considerarán las siguientes 4 categorías:

- 0-4 = mínima existencia o ausencia de síntomas depresivos.
- 5-9 = síntomas depresivos leves.
- 10-14 = síntomas depresivos moderados.
- 15-19 = síntomas depresivos moderados a graves.
- 20-27 = síntomas depresivos graves.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 (PHQ-9)				
Durante las 2 últimas semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marca con una "X" para indicar tu respuesta.	**Ningún día**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.	0	1	2	3

5. Sin apetito o ha comido en exceso.	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer o ver televisión.	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarte de alguna manera.	0	1	2	3

Para codificación del aplicador **0** **+** ____ **+** ____ **+** ____

TOTAL DE PUNTUACIÓN: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Cuadro 2. Cuestionarios de depresión en niños y adolescentes

Cuestionarios de depresión en niños y adolescentes	
Cuestionario	**Edad**
Children's Depression Inventory (CDI)	7-17 años
Beck Depression Inventory (BDI-II)	13 -18 años
Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CEDS-D)	12-18 años
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	13-17 años
Children's Depression Scale (CDS)	8-14 años
Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-A) PHQ-9 y PHQ-2	13-18 años utilización en Atención Primaria
Child Behavior Checklist (CBCL)	4-18 años
Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	8-18 años
Kutchen Adolescent Depression Scale (KADS)	6-18 años

Cuadro 3. Cuestionario de BECK (BDI-2)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. TRISTEZA
0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. PESIMISMO
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. FRACASO
0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. PÉRDIDA DE PLACER
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. SENTIMIENTOS DE CULPA
0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. SENTIMIENTOS DE CASTIGO
0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO.
0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
1He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

8. AUTOCRÍTICA
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. LLANTO
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 AGITACIÓN
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12. PÉRDIDA DE INTERÉS
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3.Me es difícil interesarme por algo.

13. INDECISIÓN
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. DESVALORIZACIÓN
0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15. PÉRDIDA DE ENERGÍA
0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE SUEÑO
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3ª. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. IRRITABILIDAD
0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. CAMBIOS EN EL APETITO
0No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3ª . No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. CANSANCIO O FATIGA
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. PÉRDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

PUNTAJE TOTAL:

Cuadro 4. Cuestionario Children's Depression Inventory

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS
Children's DepressionInventory, (CDI;1992).

Nombre:..... Edad:..... Fecha:.....

La persona como tú, tiene diferentes sentimientos e ideas. En esta prueba recogemos distintos tipos de sentimientos e ideas. Cada una de ellas se presenta en tres frases. Señala aquella que mejor describa como te has sentido durante las dos últimas semanas. Si alguna pregunta no describe exactamente tu situación; contesta la que más se aproxime a tus sentimientos. Una vez hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.
No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor como te has encontrado últimamente. Marca con una cruz (X) en el círculo que corresponda.

Hagamos un ejemplo:

ESTOY ENFADADO/A MUY A MENUDO ◯
ESTOY ENFADADO/A DE VEZ EN CUANDO ◯
NUNCA ESTOY ENFADADO/A ◯

Supongamos que has marcado la frase intermedia:

ESTOY ENFADADO/A MUY A MENUDO ◯
ESTOY ENFADADO/A DE VEZ EN CUANDO ◯
NUNCA ESTOY ENFADADO/A ◯

Esto quiere decir que no te enfadas ni todos los días ni todas las semanas, sino solo de vez en cuando

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS
CID

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos

1.-ESTOY TRISTE DE VEZ EN CUANDO
ESTOY TRISTE MUCHAS VECES
ESTOY TRISTE SIEMPRE

2.-NUNCA ME SALDRA NADA BIEN
NO ESTOY SEGURO/A DE SI LAS COSAS ME SALDRAN BIEN LAS COSAS ME SALDRAN BIEN

3.-HAGO BIEN LA MAYORÍA DE LAS COSAS
HAGO MAL MUCHAS COSAS
TODO LO HAGO MAL

4.-ME DIVIERTEN MUCHAS COSAS
ME DIVIERTEN ALGUNAS COSAS
NADA ME DIVIERTE

5.-SOY MALO/A SIEMPRE
SOY MALO/A MUCHAS VECES
SOY MALO/A ALGUNAS VECES

6.-A VECES PIENSO QUE ME PUEDEN OCURRIR COSAS MALAS
ME PREOCUPA QUE ME OCURRAN COSAS MALAS
ESTOY SEGURO QUE ME VAN A OCURRIR COSAS TERRIBLES

7.-ME ODIO
NO ME GUSTA COMO SOY
ME GUSTA COMO SOY

8.-TODAS LAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
MUCHAS COSAS MALAS SON CULPA MIA

15.-SIEMPRE ME CUESTA PONERME A HACER MIS DEBERES
ME CUESTA PONERME A HACER MIS DEBERES
NO ME CUESTA PONERME A HACER MIS DEBERES

16.-TODAS LAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
MUCHAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
DUERMO MUY BIEN

17.-ESTOY CANSADO/A DE VEZ EN CUANDO
ESTOY CANSADO/A MUCHOS DÍAS
ESTOY CANSADO/A SIEMPRE

18.-LA MAYORÍA DE LOS DÍAS NO TENGO GANAS DE COMER
MUCHOS DÍAS NO TENGO GANAS DE COMER
COMO MUY BIEN

19.-NO ME PREOCUPA EL DOLOR NI LA ENFERMEDAD
MUCHAS VECES ME PREOCUPA EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD
SIEMPRE ME PREOCUPA EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD

20.-NO ME SINTO SOLO/A
ME SIENTO SOLO/A MUCHAS VECES
ME SIENTO SOLO/A SIEMPRE

21.-NUNCA ME DIVIERTO EN EL COLEGIO
ME DIVIERTO EN EL COLEGIO SOLO DE VEZ EN CUANDO
ME DIVIERTO EN EL COLEGIO MUCHAS VECES

22.-TENGO MUCHOS AMIGOS
TENGO ALGUNOS AMIGOS, PERO ME GUSTARÍA TENER MÁS

HABITUALMENTE NO SOY CULPABLE QUE OCURRAN COSAS MALAS **9.-**NO PIENSO EN MATARME PIENSO EN MATARME, PERO NO LO HARÍA QUIERO MATARME **10.-**TENGO GANAS DE LLORAR TODOS LOS DÍAS TENGO GANAS DE LLORAR MUCHOS DÍAS TENGO GANAS DE LLORAR DE VEZ EN CUANDO **11.-**LAS COSAS ME PREOCUPAN SIEMPRE LAS COSAS ME PREOCUPAN MUCHAS VECES LAS COSAS ME PREOCUPAN DE VEZ EN CUANDO **12.-**ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE NO ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE MUY SEGUIDO NO QUIERO EN ABSOLUTO ESTAR CON LA GENTE **13.-**NO PUEDO DECIDIRME ME CUESTA DECIDIRME ME DECIDO FACILMENTE **14.-**TENGO BUEN ASPECTO HAY ALGUNAS COSAS DE MI ASPECTO QUE NO ME GUSTAN SOY FEO/A	NO TENGO AMIGOS **23.-**MI TRABAJO EN EL COLEGIO ES BUENO MI TRABAJO EN EL COLEGIO NO ES TAN BUENO COMO ANTES LLEVO MUY MAL LAS ASIGNATURAS QUE ANTES LLEVABA BIÉN **24.-**NUNCA PODRE SER TAN BUENO/A COMO OTROS NIÑOS SI QUIERO PUEDO SER TAN BUENO/A COMO OTROS NIÑOS SOY TAN BUENO/A COMO OTROS NIÑOS **25.-**NADIE ME QUIERE DE VERDAD NO ESTOY SEGURO/A DE QUE ALGUIEN ME QUIERA ESTOY SEGURO/A DE QUE ALGUIEN ME QUIERE **26.-**GENERALMENTE HAGO LO QUE ME DICEN MUCHAS VECES NO HAGO LO UQE ME DICEN NUNCA HAGO LO QUE ME DICEN **27.-**ME LLEVO BIEN CON LA GENTE ME PELEO MUCHAS VECES LEVO BIEN CON LA GENTE ME PELEO SIEMPRE. CON LA GENTE

Fuente: León, L.2006. Validez concurrente del Inventario de Depresión para niños (CDI) y la escala de BIRLESON (DSRS) en escolares de 8 a 12 años. Tesis.

Ver Cuadro 5. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas utilizadas en la depresión de niños y adolescentes

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas utilizadas en la depresión de niños y adolescentes				
Nombre Autor y año	**Edad**	**Tiempo**	**Características**	**Adaptación y validación**
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)/ Kaufman et al. 1997	6-18	1-1,5	Semiestructurada. Procedimiento fiable y válido para la evaluación diagnóstica de la depresión.	Ulloa et al. 2006
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)/Costello et al. 1985	6-17	1-2	Estructurada. Ventaja: puede ser realizada por personal no sanitario con breve entrenamiento.	Bravo et al. 2001
Diagnostic Interview for Children and Adolescents – Revised (DICAR) / Herjanic y Reich, 1991	6-18	1-2	Estructurada. Versión para niños, adolescentes y padres. Buena validez en adolescentes. Parece tener tendencia a infra-diagnosticar adolescentes, mientras que sobre diagnostica trastornos	En español EDNA-IV, Ezpeleta et al. 1995 (125)
Development and Well-Being Assessment (DAWBA)/ Goodman et al. 2000	5-16	1-2	Entrevista estructurada y preguntas abiertas. Conjunto de cuestionarios, entrevistas y escalas de gradación diseñadas para generar diagnósticos psiquiátricos basados en la CIE-10 y en la DSM-5.	Existe versión *online* en castellano
Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R)/ Poznanski et al. 1984 (128); Mayes et al. 2010 (129)	6-12 12-18	0,5	Semiestructurada: Evalúa el grado de gravedad de depresión; Puntúa información verbal y no verbal (tiempo del habla, hipoactividad, expresión no verbal de afecto depresivo).	Polaino y Domenech, 1988 (31) (versión 6-12 años)
MINI International Neuropsychiatric Interview/ Sheehan et al. 1997	5-18	0.5-1	Estructurada — Explora los principales trastornos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. 16 módulos, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.	Ferrando et al. 1998 (131)

Cuadro 6. Criterios diagnósticos de episodio depresivo y Clasificación de acuerdo a las características clínicas y severidad. CIE-10 y DSM-5

Criterios y Clasificación de acuerdo a CIE-10 y DSM-5	
CIE-10 Debe cumplirse con I, II, III	**DSM-5** Debe cumplirse con A,B,C,D y E
IV. Duración del episodio es de al menos dos semanas **V.** Requiere la presencia de los siguientes síntomas: 4. Estado de ánimo depresivo, 5. Pérdida de interés y 6. Pérdida de energía al menos 2 para los episodios depresivos leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. **VI.** Debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos cuatro de los diez síntomas: 8. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima 9. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada 10. Pensamientos recurrentes de muertes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida 11. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación 12. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva) 13. Cualquier tipo de alteración del sueño 14. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso	**A**. Cinco (o más) de los siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; **al menos uno** de los síntomas es **(1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer:** 9. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día 10. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día 3. Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito 11. Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia 12. Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente) 13. Fatiga o pérdida de energía 14. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada 15. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión 16. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse. **VI.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. **VII.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. **VIII.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. **IX.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
De acuerdo a la severidad: **Leve:** un mínimo de 4 de los 10 síntomas que incluye los dos necesarios.	**Leve:** Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para el diagnóstico, los síntomas provocan ligera disfunción psicosocial.
Moderado: de 6 de 10 síntomas que incluye los dos necesarios	**Moderado:** Síntomas que provocan incapacidad funcional entre leve y grave
Grave: de 8 a 10, incluye los tres necesarios. **De acuerdo a su duración:** Crónica cuando los síntomas están en forma continua por más de 2 años	**Grave:** con o sin características psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para diagnóstico, interfieren notablemente en las actividades escolares o sociales habituales, o las relaciones con los demás. Especificar si está en remisión parcial, en remisión total y no especificado.

De acuerdo a sus características clínicas: **Con síntomas catatónicos:** Al menos dos síntomas: Inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. **Con síntomas melancólicos:** Disminución de placer en todas o casi todas las actividades o disminución de reactividad. Más tres de los siguientes: depresión más severa por las mañanas, insomnio terminal (2 horas o más), alteraciones psicomotoras; anorexia o pérdida de peso y culpa. **Con síntomas atípicos:** 2 síntomas de: hipersomnia, extrema inercia corporal/ sensación de pesadez, aumento del apetito o aumento de peso.	**Especificar con:** • Ansiedad • Con características mixtas • Melancólicas • Atípicas • Con características psicóticas congruentes Con el estado de ánimo • Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo • Con catatonía Utilizar el código adicional: Con inicio en el periparto y con patrón estacional (sólo episodio recurrente)

Fuente: Adaptación de Nogales I, Ulloa RE, Rodríguez H. y modificada por el GDG

Cuadro 7. Fármacos nueva generación frente placebo Estudios incluidos en el metanálisis de Cipriani. 2016.

Fármacos nueva generación frente placebo (Cipriani, 2016)			
Estudio	**Tratamiento Comparador**	**Dosis/duración**	**Principales variables**
Almeida-Montes, 2005	Fluoxetina (n=12) Placebo (n=11)	Fluoxetina 20 mg/día — Duración del tratamiento: 6 semanas	Síntomas depresivos (HDRS y HAM-D) Escala de evaluación global de niños (CGAS) Comportamiento suicida Otros (HARS)
Emslie, 1997	Fluoxetina (n=48) Placebo (n=48)	Fluoxetina 20 mg/día — Duración del tratamiento: 8 semanas	Remisión síntomas (CDRS-R) Mejora de los síntomas depresivos (CDRS-R; CDI; BDI) Mejora global de los síntomas (CGI) Evaluación del funcionamiento global en niños (C-GAS) Comportamiento suicida
Emslie, 2002	Fluoxetina (n=109) Placebo (n=110)	Fluoxetina 20 mg/día — Duración del tratamiento: 9 semanas	Remisión CDRS-R: Mejora global de los síntomas Síntomas depresivos (CDRS-R) Estado funcional global (GAF) Mejora global de los síntomas (CGI) Comportamiento suicida, Efectos adversos Otros (CGI-S; HAMA; BDI; CDI; MADRS)
Emslie, 2006	Paroxetina (n=104) Placebo (n=102)	Paroxetina 10-50 mg. — Primera semana 10mg/día con la opción de incrementar 10 mg/día hasta un máximo de 50mg. Reducción en las 4 semanas posteriores al tratamiento Duración del tratamiento: 8 semanas	Remisión (CDRS-R): Síntomas depresivos (CDRS-R) Estado funcional global (GAF) Mejora global de los síntomas (CGI; KADS) Comportamiento suicida Efectos adversos

Emslie, 2007	Venlafaxina (n=182) Placebo (n=179)	Venlafaxina Dosis flexible basada en el peso corporal (37.5 mg/día- 225 mg/ día). — La dosis media diaria fue: 109.2 mg/día para adolescentes y 80.4 mg/día para niños. — Duración del tratamiento: 8 semanas. — Periodo de reducción hasta 14 días	Remisión CDRS-R — Mejora global de los síntomas — Síntomas depresivos (CDRS-R; HAMD o MADRS) — Estado funcional global (GAF) — Mejora global de los síntomas (CGI; KADS) — Comportamiento suicida — Efectos adversos
Emslie, 2009	Escitalopram (n=158) Placebo (n=158)	Escitalopram 10-20 mg/día. — Duración del tratamiento: 8 semanas	Remisión CDRS-R: Síntomas depresivos (CDRS-R; HAM-D o MADRS) Estado funcional global (GAF) Mejora global de los síntomas (CGI; KADS) Comportamiento suicida (MC-SSRS) Efectos adversos Evaluación funcionamiento global en niños (C-GAS)

Keller, 2001	Paroxetina (n=93) Placebo (n=87)	Paroxetina 20 -40 mg — Primera semana a cuarta: 20 mg/ día con opción de incremento a 30 mg/día a la semana 5 y 40 mg/día en la semana 6. — Duración del tratamiento: 8 semanas. 2.-imipramine (incremento gradual de valoración de 200 a 300 mg).	Reducción de los síntomas (HAM-D; K-SADS-L) — Estado funcional — Comportamiento suicida — Efectos adversos — Mejora global de los síntomas (CGI)
Von Knorring, 2006	Citalopram (n=124) Placebo (n=120)	Citalopram 10-40 mg. Régimen: 10 mg en la primera semana con incremento de dosis al final de la semana 1, 2, 5 o 9, con incremento de dosis de 10mg si el GAF decae 10 puntos; o sin cambios hasta un máximo de 40mg. — Duración del tratamiento: 12 semanas.	Respuesta y evaluación (MADRS; Kiddie- SADS-P depression) — Estado funcional (GAF) — Comportamiento suicida — Efectos adversos. — Otros resultados (K-SADS-P; MADRS; BDI)
Wagner, 2004	Citalopram (n=93) Placebo (n=85)	Citalopram 20- 40 mg. Régimen: 20 mg/día durante 4 semanas con opción a incrementar hasta 40 mg/día. — Duración del tratamiento: 8 semanas	Síntomas depresivos (CDRS-R) — Evaluación del funcionamiento global en niños (C-GAS) — Mejora global de los síntomas (CGI) — Escala global de gravedad (CGI-S)

Wagner, 2006	Escitalopram oxalato (n=132) Placebo (n=136)	Escitalopram oxalate 10 mg/día durante las primeras 4 semanas, y posteriormente dosis flexibles de 10-20mg en función de la respuesta clínica. — Duración del tratamiento: 8 semanas	Síntomas depresivos (CDRS-R; CGI-I) — Evaluación del funcionamiento global en niños (C-GAS) — Mejora global de los síntomas (CGI) — Escala global de gravedad (CGI-S) — Efectos adversos
Wagner Trial 1&2, 2003	Sertralina (n=189) Placebo (n=187)	Sertralina 25-200 mg. Régimen: 25 mg durante 3 días; 50mg hasta final de la segunda semana. Incremento de 50mg/ día hasta un máximo de 200 mg. — Duración del tratamiento: 8 semanas.	Síntomas depresivos (CDRS-R): Evaluación del funcionamiento global en niños (C-GAS) Mejora global de los síntomas (CGI) Escala global de gravedad (CGI-S) Efectos adversos Otros (MASC; PQ-LES-Q)
Beck Depression Inventory (BDI); Children's Depression Inventory (CDI), Children's Global Assessment Scale (CGAS); Children's Global Assessment Scale (CGAS); Clinical Global Impressions Scale Severity (CGI-Severity); ClinicalGlobal Impressions Scale (CGI-I); Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS); Depression Inventory Children's Depression Rating Scale (CDRS-R); Depression items on K-SADS-P for dichotomous data for School Aged Children; Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA); Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA); Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS); Hamilton Depression Rating Scale for continuous data; Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D); Kutcher Adolescent Depression Rating Scale (KADS); Montgomery-Asberg Depression (MADRS); Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC); PediatricQuality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q); PediatricQuality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQLES-Q); Revised; C-GAS: Children's Global Assessment Scale; Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS); Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS); Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS); Suicidal Ideation Questionnaire-Junior High School Version (SIQ-Jr); TADS: Treatment for Adolescents with Depression (study).			

Cuadro 8. Atención de depresión en adulto

ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSIBLE
1 IDENTIFICAR SÍNTOMAS	**Aplicar la escala PHQ9 (auto aplicable)** Se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 27. Los puntos de corte propuestos son: • 0-4 = mínima existencia o ausencia de síntomas depresivos • 5-9 = síntomas depresivos leves • 10-14 = síntomas depresivos moderados • 15-19 = síntomas depresivos moderados a graves • 20-27 = síntomas depresivos graves	Medicina general, Medicina familiar, Psicología, Trabajo social Equipo de salud con el que cuente la unidad
2 CONFIRMAR SÍNTOMAS	Verificar si cumplen criterios diagnósticos del CIE-10 Depresión leve a moderada iniciar tratamiento con antidepresivo Depresión moderadamente grave o grave referir a atención especializada Solicitar estudios de laboratorio (BH, QS, EGO) Descartar comorbilidades	Medicina general, Medicina familiar, Psicología
3 INICIAR TRATAMIENTO	Aplicar Escala de Beck de depresión previo al inicio de tratamiento Se da Psicoeducación y mejorar el autocuidado (Activación Física, alimentación saludable, higiene del sueño, manejo del estrés y conexión social) Depresión leve, iniciar TCC. Depresión moderada o grave iniciar, tratamiento con antidepresivo en conjunto con TCC.	Medicina general, Medicina familiar, Psicología Equipo de salud con el que cuente la unidad

4 SEGUIMIENTO	La terapia cognitiva en pacientes con recaídas en tratamiento debe administrarse en grupos de 8 a 15 participantes y consiste en reuniones semanales de 2 horas durante 8 semanas y 4 sesiones de seguimiento en los 12 meses. Aplicar un primer esquema farmacológico, por un periodo mínimo de 6 a 8 semanas con dosis máxima para ver respuesta. En caso de no observar respuesta, cambiar de antidepresivo y esperar nuevamente un periodo de 6 a 8 semanas con dosis máxima. Aplicar escala de Beck de depresión a las 6 u 8 semanas. Si no hay respuesta, referir al equipo especializado en salud mental.	Medicina general, Medicina familiar, Psicología
5 REFERENCIA	Personas con diagnóstico previo de depresión mayor que han recibido, en el último año dos ensayos validados sin mostrar mejoría. Cada vez que se detecte a alguna persona con diagnóstico de depresión mayor que no muestre mejora después de dos esquemas farmacológicos. (episodio depresivo actual, único o recurrente), cada uno con una duración de seis y ocho semanas, sin mostrar respuesta al tratamiento. Al final de cada esquema se deben aplicar las escalas PHQ-9. Puntaje >5 en PHQ-9, se interpreta como posible falta de respuesta al tratamiento.	Medicina general, Medicina familiar, Psicología

Cuadro 9. Monitor de la gravedad de la depresión, utilizando una escala de evaluación

MONITORIZACIÓN DE ESTADO DE ANIMO								
Escribe todas las actividades importantes que realices cada día (mañana y tarde) Evalúa tu estado de animo de 0 (muy infeliz), 5 (ni feliz ni triste) y 10 (feliz). Use el rango de 0 a 10								
		LUNES	**MARTES**	**MIERCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SABADO**	**DOMINGO**
ANIMO	**AM**							
	PM							
ACTIVIDADES	**AM**							
	PM							

Realizado por el Grupo desarrollador de la Guía de Práctica Clínica

Cuadro 10. Criterios de Gravedad del CIE-10

CRITERIOS DE GRAVEDAD DEL TDM CIE-10	
El episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y cumple con los siguientes criterios	
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**	Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo con presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B y síntomas adicionales del criterio C, para sumar un total de al menos seis síntomas.
Episodio Depresivo **GRAVE** SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo con presencia de los tres síntomas del criterio B y síntomas adicionales del criterio C, hasta un total de al menos ocho. Así como la ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo
Episodio Depresivo **GRAVE** CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	3. Se cumplen los criterios del episodio grave y no se cumplen los criterios de Esquizofrenia. 4. Presencia de cualquiera de los siguientes: c) Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondriaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio. d) Estupor depresivo.

Fuente: Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 y modificada por el GDG

4.3. Listados de recursos

4.3.1. *Cuadro de medicamentos*

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Trastorno Depresivo Mayor** del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud:

Medicamentos					
Clave	**Principio activo**	**Presentación**	**Efectos adversos**	**Interacciones**	**Contraindicaciones**
010.000.5487.00 010.000.5487.01	**Citalopram**	Cada tableta contiene: Bromhidrato de citalopram equivalente a 20 mg de citalopram. Envase con 14 tabletas.	Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequedad de mucosas.	Con inhibidores de la monoaminooxidasa y alcohol aumentan los efectos adversos; ketoconazol, itraconazol y eritromicina, modifican su actividad terapéutica. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años. Precauciones: Valorara riesgo beneficio en el embarazo, lactancia, manía, insuficiencia renal e insuficiencia hepática
010.000.4480.00 010.000.4480.01	**Escitalopram oxalato**	Cada tableta contiene: Oxalato de escitalopram equivalente a 10 mg de escitalopram. Envase con 14 tabletas. Envase con 28 tabletas.	Cefalea, náusea, vómito, diarrea, boca seca, somnolencia, insomnio, mareo, prurito, angioedema, sudoración.	Con inhibidores de la MAO, tramadol, se han observado alteración en la concentración sérica cuando se administra con omeprazol, cimetidina, desipramina y metoprolol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años. Precauciones: Valorara riesgo beneficio en el embarazo, lactancia, manía, insuficiencia renal e insuficiencia hepática
010.000.4483.00 010.000.4483.01	**Fluoxetina**	Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de fluoxetina equivalente a 20 mg de fluoxetina. Envase con 14 cápsulas o tabletas. Envase con 28 cápsulas o tabletas.	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años. Precauciones: Valorara riesgo beneficio en el embarazo, lactancia, manía, insuficiencia renal e insuficiencia hepática

010.000.5481.00	**Paroxetina**	Cada tableta contiene: Clorhidrato de paroxetina equivalente a 20 mg de paroxetina. Envase con 10 tabletas.	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los inhibidores de la monoaminooxidasa, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años. Precauciones: Valorara riesgo beneficio en el embarazo, lactancia, manía, insuficiencia renal e insuficiencia hepática
040.000.4484.00	**Sertralina**	Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de sertralina equivalente a 50 mg de sertralina. Envase con 14 cápsulas o tabletas	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Mediciones frecuentes de la tensión arterial y de la presión intraocular, especialmente en hipertensión arterial y glaucoma.
010.000.4488.00	**Venlafaxina**	Cada cápsula o gragea de liberación prolongada contiene: Clorhidrato de venlafaxina equivalente a 75 mg de venlafaxina. Envase con 10 cápsulas o grageas de liberación prolongada.	Astenia, fatiga, hipertensión arterial, vasodilatación, disminución del apetito náusea, vómito	Con inhibidores de la monoaminooxidasa, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Mediciones frecuentes de la tensión arterial y de la presión intraocular, especialmente en hipertensión arterial y glaucoma. .

4.4. Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la **Depresión** en Adultos y edad Pediátrica. Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de GPC y del área clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español o inglés
- Documentos publicados del 1 de enero de 2016 al 30 de junio de 2021.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idioma distinto a español o inglés.

4.4.1. *Búsqueda de GPC*

Se realizó la búsqueda de Guías de Práctica Clínica en PUBMED, con el término MESH "depressive disorder, major" en relación con los términos de vocabulario libre "depressive episodes" y "recurrent depressive disorders" a partir del operador booleano OR; en cualquier parte del registro, considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron 10 resultados, no se utilizó ninguno en la actualización de la guía.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR "depressive episodes"[All Fields] OR "recurrent depressive disorders"[All Fields]) AND (("guideline"[Publication Type] OR "practice guideline"[Publication Type]) AND "humans"[MeSH Terms] AND 2016/01/01:2021/06/30[Date - Publication] AND ("english"[Language] OR "spanish"[Language]))	10	0

Además, se realizó la búsqueda de GPC en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
SIGN	depressive disorder major	0 (De la revisión del listado de GPC Vigentes)	0
SIGN	depressive episodes	0 (De la revisión del listado de GPC Vigentes)	0
SIGN	recurrent depressive disorders	0 (De la revisión del listado de GPC Vigentes)	0
NICE	depressive disorder major	1 (2016-2021)	0

	Type: Guidance Status: Published		
NICE	depressive episodes type: Guidance Status: Published	4 (2016-2021)	1
NICE	recurrent depressive disorders type: Guidance Status: Published	2 (2016-2021)	1 (Ya se había obtenido como resultado en búsqueda anterior)
BASE INTERNACIONAL GUIAS GRADE	depressive disorder major	2	0
BASE INTERNACIONAL GUIAS GRADE	depressive episodes	0	0
BASE INTERNACIONAL GUIAS GRADE	recurrent depressive disorders	0	0
CPG INFOBASE. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES	depressive disorder major	3	0
CPG INFOBASE. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES	depressive episodes	0	0
CPG INFOBASE. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES	recurrent depressive disorders	0	0
ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (GUIDELINES & POLICY)	depressive disorder major	0	0
ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (GUIDELINES & POLICY)	depressive episodes	0	0
ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (GUIDELINES & POLICY)	recurrent depressive disorders	0	0
TOP. ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION GUIDELINES	depressive disorder major	0	0
TOP. ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION GUIDELINES	depressive episodes	0	0
TOP. ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION GUIDELINES	recurrent depressive disorders	0	0
CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE	depressive disorder major	0	0
CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE	depressive episodes	0	0

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE	recurrent depressive disorders	0	0
THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIAN (GUIDELINES AND STATEMENTS)	depressive disorder major	0	0
THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIAN (GUIDELINES AND STATEMENTS)	depressive episodes	0	0
THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIAN (GUIDELINES AND STATEMENTS)	recurrent depressive disorders	0	0
GUIASALUD (España) (Búsqueda avanzada)	Trastorno depresivo mayor Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)	3	1
GUIASALUD (España) (Búsqueda avanzada)	Episodios depresivos Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)	0	0
GUIASALUD (España) (Búsqueda avanzada)	trastornos depresivos recurrentes Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)	6	1 (Ya se había obtenido como resultado en búsqueda anterior)
GUÍAS AUGE. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE	trastorno depresivo mayor	0	0
GUÍAS AUGE. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE	episodios depresivos	0	0
GUÍAS AUGE. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE	trastornos depresivos recurrentes	0	0
GUÍAS AUGE. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE	depresión	3	1
MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA. GPC.	trastorno depresivo mayor	0	0
MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA. GPC.	episodios depresivos	0	0
MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA. GPC.	trastornos depresivos recurrentes	0	0
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (Perú)	trastorno depresivo mayor	0	0
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (Perú)	episodios depresivos	0	0

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (Perú)	trastornos depresivos recurrentes	0	0
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (Perú)	episodio depresivo	1	1
TOTAL		**25**	**6 (2 se habían obtenido como resultado en búsquedas anteriores)**

4.4.2. Búsqueda de revisiones sistemáticas

Se realizó la búsqueda de Revisiones sistemáticas en PUBMED, con el término MESH "depressive disorder, major" en relación con los términos de vocabulario libre "depressive episodes" y "recurrent depressive disorders" a partir del operador booleano OR; en cualquier parte del registro, considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron 855 resultados, de los cuales se utilizaron 6 referencias bibliográficas en la actualización de la GPC.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR "depressive episodes"[All Fields] OR "recurrent depressive disorders"[All Fields]) AND ((meta-analysis[Filter] OR systematic review[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (2016/1/1:2021/6/30[pdat]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))	855	6

También se realizó la búsqueda de revisiones sistemáticas en The Cochrane Library

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Depressive disorder major in Title Abstract Keyword OR depressive episodes in Title Abstract Keyword OR recurrent depressive disorders in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) (custom range: 01/01/2016-30/06/2021)	89	1 (Ya se había obtenido como resultado en búsqueda anterior)

Por último, se mencionan los sitios Web donde se ubicaron documentos de utilidad para la actualización de la GPC

Sitio Web	# de documentos utilizados
PubMed Central (PMC)	1
Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (México)	1

4.5. Cuadros de Evidencias

4.5.1. *Evaluación de GPC a través del instrumento AGREE II*[5]

NOMBRE DE LA GUÍA	AÑO	EVALUACIÓN GLOBAL
Depression in children and young people: identification and management NICE guideline [NG134]Published: 25 June 2019	**2019**	**90 %**
"Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención: Guía en Versión Extensa. Lima: EsSalud; 2019	**2019**	**90 %**
Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.	**2018**	**80 %**
Guía Clínica: Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia. Santiago: MINSAL, (2017).	**2017**	**70 %**
Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.	**2018**	**80 %**
Nogales I, Ulloa RE, Rodríguez H. Depresión en Niños y Adolescentes. En Ulloa RE, Fernández C, Gómez HD, Ramírez J, Reséndiz JC. Guías Clínicas. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. 2017	**2017**	**PUNTOS DE BUENA PRACTICA**

[5] *Los cuadros de evidencia aplican para las GPC bajo metodología GRADE*

4.5.1. Cuadro de evidencias GPC[6]

Tabla de Evidencia 1. Instrumentos de detección de Depresión en niños, niñas y adolescentes

Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes				
Nombre Autor/año	**Edad**	**No. ítems**	**Características**	**Adaptación y validación**
Children's Depression Inventory (CDI)/ Kovacs, 1992	7-17	27 (larga) 10 (breve)	— Versión modificada del BDI para su uso en niños y adolescentes. — La mayor parte de los ítems miden aspectos cognitivos, no mide aspectos biológicos ni conductuales. — Con diferentes puntos de corte según su finalidad (cribado o ayuda al diagnóstico).	— Versión corta: Del Barrio et al. 2002 (95) — Versión larga: Frías et al. 1991 (96)
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)/	13-17	30	— Presenta un elevado porcentaje de falsos positivos (30 %) al punto de corte de la depresión.	Del Barrio et al. (1996) (98)
Reynolds, 1987			— No es particularmente efectivo detectando cambios.	
Reynolds Child Depression Scale (RCDS)	9-12	30	— Versión similar al RADS para su uso en niños. — En general peores cualidades psicométricas que el RADS.	Del Barrio et al. (1996) (98)
Beck Depression Inventory-2nd ed (BDI-II)/ Beck et al. 1996	6-18	16 (larga) 6 (breve)	— Buena fiabilidad y validez. — La versión corta podría ser efectiva para descartar la depresión en muestras comunitarias y ha obtenido mejores resultados que el BDI.	Sin datos
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)/ Le Blanc et al. 2002	13-18	83	— Cuestionarios PHQ basados en el DSM-IV. — Diseñado para su utilización en atención primaria. — Incluye ítems sobre depresión y otros trastornos frecuentes de la adolescencia.	Sin datos
Escala para la evaluación de la depresión para maestros (EDSM)/ Domènech y Polaino, 1990	8-12	16	— Los ítems se refieren a depresión, alegría y popularidad. — Sus autores han obtenido cuatro factores: rendimiento, interacción social, depresión inhibida y depresión ansiosa. — Los puntos de corte varían según la edad.	Elaborada para población española

[6] *Los cuadros de evidencia aplican para las GPC bajo metodología GRADE*

Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D)/ Radloff, 1977	12-18	20	— Sin validez clara y con puntos débiles en adolescentes. — En el grupo de edad más joven mide sintomatología depresiva más que depresión. — Adaptado y validado en castellano.	Soler et al. 1997 (106)
Preeschool Symptoms Self-Report (PRESS)/ Martini et al. 1990	3-7	-	— No específico de depresión. — Presentación pictórica: buenas características psicométricas en población española. — 25 láminas, cada lámina tiene una versión de carácter alegre o triste, debe elegirse una de ellas. — Existe versión según sexo y para padres y profesores. — Buenas características psicométricas con población española.	Pictórico
Pediatric Symptom Checklist (PSC)/ Jellinek et al. 1979	3-16	35	— Versión para padres y para adolescentes. — Ventajas: brevedad y capacidad de cribar diferentes aspectos psicosociales y del comportamiento. — No diseñada para identificar enfermedades mentales específicas.	Sin datos
Child Behavior Checklist (CBCL)/ Achenbach, 1985	4-18	133	— La versión original es para padres, pero existe una versión para profesores y otra autoaplicada para adolescentes de 11-18 años. — Incluye ítems sobre algunas manifestaciones de depresión. — Ventajas: aporta información sobre problemas conductuales o comportamiento social.	Rubio-Spitec et al. 1990 (110)
Youth Self-Report (YSR)/ Achenbach et al. 1987	11-18	120	— Autoinforme, se complementa con las versiones del CBCL dirigidas a los padres. — Incluye ítems sobre adaptación social y problemas de conducta y emocionales. — Ventajas: puede complementarse con las versiones del CBCL para padres y profesores.	Lemos et al. 1992 (112).
Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)/Wood	8-18	33 larga 13 breve	— Formato para hijos y padres. — Buena validez diagnóstica. — Con diferentes puntos de corte según se trate de adolescentes o niños más pequeños.	Sin datos

Tabla de Evidencia 2. Principales propiedades psicométricas de las escalas más frecuentemente utilizadas en el cribado de depresión

Instrumentos utilizados en la detección de la Depresión en niños y adolescentes			
ESCALAS	**FIABILIDAD**	**SENSIBILIDAD**	**ESPECIFICIDAD**
Chioldren ´s Depression Inventory (CDI)	86% (IC 95%, 84-88)	83% (IC 95%, 77-89)	84% (IC95%, 77-92)
Beck Depression Inventory (BDI)	86% (IC 95%, 81-90)	81% (IC95% 74-87)	81% (IC 95%, 75-88)
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	88% (IC95%, 84-92%)	76% (IC95%, 67-84)	71% (IC 95%, 63-79)
Reynolds Adolescent Depression Scale RADS	93% (IC 95%, 86-99)	---------	------

Fuente: Stockings. Consistenia interna medida mediante el coeficiente de Cronbach

Tabla de Evidencia 3. Fármacos nueva generación frente placebo Estudios incluidos en el metanálisis, 2016.

Fármacos nueva generación frente placebo (Cipriani, 2016)			
Estudio	**Tratamiento Comparador**	**Dosis/duración**	**Principales variables**
Almeida-Montes, 2005	Fluoxetina (n=12) Placebo (n=11)	Fluoxetina 20 mg/día — Duración del tratamiento: 6 semanas	Síntomas depresivos (HDRS y HAM-D) Escala de evaluación global de niños (CGAS) Comportamiento suicida Otros (HARS)
Emslie, 1997	Fluoxetina (n=48) Placebo (n=48)	Fluoxetina 20 mg/día — Duración del tratamiento: 8 semanas	Remisión síntomas (CDRS-R) Mejora de los síntomas depresivos (CDRS-R; CDI; BDI) Mejora global de los síntomas (CGI) Evaluación del funcionamiento global en niños (C-GAS) Comportamiento suicida
Emslie, 2002	Fluoxetina (n=109) Placebo (n=110)	Fluoxetina 20 mg/día — Duración del tratamiento: 9 semanas	Remisión CDRS-R: Mejora global de los síntomas Síntomas depresivos (CDRS-R) Estado funcional global (GAF) Mejora global de los síntomas (CGI) Comportamiento suicida, Efectos adversos Otros (CGI-S; HAMA; BDI; CDI; MADRS)
Emslie, 2006	Paroxetina (n=104) Placebo (n=102)	Paroxetina 10-50 mg. — Primera semana 10mg/día con la opción de incrementar 10 mg/día hasta un máximo de 50mg. Reducción en las 4 semanas posteriores al tratamiento Duración del tratamiento: 8 semanas	Remisión (CDRS-R): Síntomas depresivos (CDRS-R) Estado funcional global (GAF) Mejora global de los síntomas (CGI; KADS) Comportamiento suicida Efectos adversos
Emslie, 2007	Venlafaxina (n=182) Placebo (n=179)	Venlafaxina Dosis flexible basada en el peso corporal (37.5 mg/día- 225 mg/ día). — La dosis media diaria fue: 109.2 mg/día para adolescentes y 80.4 mg/día para niños. — Duración del tratamiento: 8 semanas. — Periodo de reducción hasta 14 días	Remisión CDRS-R — Mejora global de los síntomas — Síntomas depresivos (CDRS-R; HAMD o MADRS) — Estado funcional global (GAF) — Mejora global de los síntomas (CGI; KADS) — Comportamiento suicida — Efectos adversos
Emslie, 2009	Escitalopram (n=158) Placebo (n=158)	Escitalopram 10-20 mg/día. — Duración del tratamiento: 8 semanas	Remisión CDRS-R: Síntomas depresivos (CDRS-R; HAM-D o MADRS) Estado funcional global (GAF) Mejora global de los síntomas (CGI; KADS) Comportamiento suicida (MC-SSRS) Efectos adversos Evaluación funcionamiento global en niños (C-GAS)

Keller, 2001	Paroxetina (n=93) Placebo (n=87)	Paroxetina 20 -40 mg — Primera semana a cuarta: 20 mg/ día con opción de incremento a 30 mg/día a la semana 5 y 40 mg/día en la semana 6. — Duración del tratamiento: 8 semanas. 2.-imipramine (incremento gradual de valoración de 200 a 300 mg).	Reducción de los síntomas (HAM-D; K-SADS-L) — Estado funcional — Comportamiento suicida — Efectos adversos — Mejora global de los síntomas (CGI)
Von Knorring, 2006	Citalopram (n=124) Placebo (n=120)	Citalopram 10-40 mg. Régimen: 10 mg en la primera semana con incremento de dosis al final de la semana 1, 2, 5 o 9, con incremento de dosis de 10mg si el GAF decae 10 puntos; o sin cambios hasta un máximo de 40mg. — Duración del tratamiento: 12 semanas.	Respuesta y evaluación (MADRS; Kiddie- SADS-P depression) — Estado funcional (GAF) — Comportamiento suicida — Efectos adversos. — Otros resultados (K-SADS-P; MADRS; BDI)
Wagner, 2004	Citalopram (n=93) Placebo (n=85)	Citalopram 20- 40 mg. Régimen: 20 mg/día durante 4 semanas con opción a incrementar hasta 40 mg/día. — Duración del tratamiento: 8 semanas	Síntomas depresivos (CDRS-R) — Evaluación del funcionamiento global en niños (C-GAS) — Mejora global de los síntomas (CGI) — Escala global de gravedad (CGI-S)
Wagner, 2006	Escitalopram oxalato (n=132) Placebo (n=136)	Escitalopram oxalate 10 mg/día durante las primeras 4 semanas, y posteriormente dosis flexibles de 10-20mg en función de la respuesta clínica. — Duración del tratamiento: 8 semanas	Síntomas depresivos (CDRS-R; CGI-I) — Evaluación del funcionamiento global en niños (C-GAS) — Mejora global de los síntomas (CGI) — Escala global de gravedad (CGI-S) — Efectos adversos
Wagner Trial 1&2, 2003	Sertralina (n=189) Placebo (n=187)	Sertralina 25-200 mg. Régimen: 25 mg durante 3 días; 50mg hasta final de la segunda semana. Incremento de 50mg/ día hasta un máximo de 200 mg. — Duración del tratamiento: 8 semanas.	Síntomas depresivos (CDRS-R): Evaluación del funcionamiento global en niños (C-GAS) Mejora global de los síntomas (CGI) Escala global de gravedad (CGI-S) Efectos adversos Otros (MASC; PQ-LES-Q)

Beck Depression Inventory (BDI); Children's Depression Inventory (CDI), Children's Global Assessment Scale (CGAS); Children's Global Assessment Scale (CGAS); Clinical Global Impressions Scale Severity (CGI-Severity); ClinicalGlobal Impressions Scale (CGI-I); Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS);
Depression Inventory Children's Depression Rating Scale (CDRS-R); Depression items on K-SADS-P for dichotomous data for School Aged Children; Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA); Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA); Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS); Hamilton Depression Rating Scale for continuous data; Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D); Kutcher Adolescent Depression Rating Scale (KADS); Montgomery-Asberg Depression (MADRS); Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC); PediatricQuality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q); PediatricQuality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQLES-Q); Revised; C-GAS: Children's Global Assessment Scale; Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS); Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS);
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS); Suicidal Ideation Questionnaire-Junior High School Version (SIQ-Jr); TADS: Treatment for Adolescents with Depression (study).

Tabla de evidencias 4. Sesiones de Psicoterapia

Sesiones de psicoterapia con frecuencia semanal comparado con sesiones de psicoterapia frecuencia irregular, para personas con depresión mayores de 18 años			
Población: personas con depresión, mayores de 18 años. **Intervención:** psicoterapia frecuencia semanal. **Comparación**: psicoterapia frecuencia irregular.			
Resultado N° de participantes (Estudios)	**Efecto relativo (95% CI)**	**Efectos absolutos anticipados (95% CI)**	**Certeza en la evidencia**
SIN PSICOTERAPIA FRECUENCIA SEMANAL	**CON PSICOTERAPIA FRECUENCIA SEMANAL**	DIFERENCIA	
Remisión Sintomática (Remisión) evaluado con: Escalas estandarizadas de síntomas depresivos N° de participantes: 4364 (58 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	Al medir el impacto de la psicoterapia en la disminución de los puntajes de las escalas estandarizadas, la cantidad de sesiones por semana muestra un impacto significativo en la disminución sintomática, según análisis de meta regresión (pendiente 0,45 IC 95% 0,25 a 0,64 p<0,001), controlando por número de sesiones, tiempo de contacto con el terapeuta, duración en semanas y corriente de psicoterapia. Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. Journal of Affective Disorders, 149(1-3), 1-13.	⊕⊕⊕◯ **MODERADO a,b**	La mayor frecuencia de sesiones por semana contribuye significativamente a la reducción de los puntajes en escalas estandarizadas de síntomas depresivos.
Funcionamiento Global (FG) evaluado con: Escalas estandarizadas de funcionalidad N° de participantes : (0 Estudios).	No se encontró evidencia que evaluara este desenlace para la frecuencia de la psicoterapia en personas con depresión, mayores de 18 años.		
Explicaciones: a. Existe heterogeneidad significativa entre los estudios utilizados para evaluar el efecto de la frecuencia de sesiones (53 a 64%; p<0,05). b. Los autores encuentran alta evidencia de sesgo de publicación. El tamaño global del efecto de la psicoterapia se reduce al ajustar por sesgo de publicación de 0,59 a 0,4 (IC 95% 0,3-0,5; cantidad de estudios imputados: 28). No analizan el impacto del sesgo de publicación sobre la frecuencia de las sesiones			

Tabla de evidencias 5. Sesiones de Psicoterapia

Más de 12 sesiones de psicoterapia comparado con 12 sesiones o menos, para pacientes mayores de 18 años con depresión grave.				
Paciente o población: pacientes mayores de 18 años con depresión grave. **Intervención**: más de 12 sesiones de psicoterapia. **Comparación**: menos de 12 sesiones de psicoterapia.				
Resultado N° de participantes (Estudios)	**Efecto relativo** (95% CI)	**Efectos absolutos** anticipados (95% CI)	Certeza en la evidencia	Qué pasa
SIN PSICOTERAPIA DE MÁS DE 12 SESIONES		**CON PSICOTERAPIA DE MÁS DE 12 SESIONES**		**Diferencia**
Remisión sintomática (Remisión) evaluado con: • Escalas estructuradas de síntomas depresivos N° de participantes: (16 Ensayos controlados aleatorios [ECAs])	Mediante análisis de metarregresión se encontró que cada sesión extra aumentó el tamaño del efecto en 0,038 puntos (IC 95% 0,019 a 0,056; p<0,001). Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. Clinical Psychology Review, 30(1), 51-62.		⊕⊕⊕◯ **MODERADO a**	Cada sesión extra a partir de las 13, reduciría 0,038 puntos de escalas estandarizadas de síntomas depresivos.
Funcionamiento Global (FG) evaluado con: Escalas estandarizadas de funcionamiento global Nº de participantes : (0 Estudios)			No se encontró evidencia que evaluara este desenlace para la cantidad de sesiones de psicoterapia en personas con depresión moderada o grave, mayores de 18 años.	
Explicaciones: a. Alta heterogeneidad entre estudios I2 76.13.				

4.5.2. Cuadro de recomendación[7]

Pregunta: ¿Es mejor la psicoterapia con frecuencia semanal que la psicoterapia con frecuencia irregular para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión?

1. CERTEZA DE LA EVIDENCIA				
Beneficios: MODERADO				
Muy Baja	Baja		Moderada	Alta
2. BALANCE DE RIESGOS Y BENEFICIOS				
¿Son los beneficios de magnitud importante?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los potenciales daños de pequeña magnitud?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los beneficios grandes en relación a los potenciales daños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
3. VALORES Y PREFERENCIAS				
¿Cuáles son los valores y preferencias de los potenciales usuarios?				
Hay certeza que la mayoría rechazaría la intervención	La mayoría podría rechazar la intervención	Los valores y preferencias son inciertos y es difícil estimarlos	La mayoría podría aceptar la intervención	Hay certeza que la mayoría aceptaría la intervención
4. USO DE RECURSOS				
¿Son los recursos involucrados pequeños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Es el costo pequeño en relación al beneficio neto?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
5. Otras consideraciones				
¿Es la opción aceptable para los actores clave?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿La opción es factible de implementar?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
señale el balance entre las consecuencias favorables (beneficios) y las consecuencias desfavorables (riesgos y costos).				
Las consecuencias desfavorables **claramente** superan a las consecuencias favorables en todos o casi todos los casos	Las consecuencias desfavorables **posiblemente** superan a las consecuencias favorables en la mayoría de los casos		Las consecuencias favorables **posiblemente** superan a las consecuencias desfavorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables **claramente** superan a las consecuencias desfavorables en todos o casi todos los casos

[7] *Los cuadros de evidencia aplican para las GPC bajo metodología GRADE*

Pregunta: ¿Es mejor la psicoterapia de más de 12 sesiones que la psicoterapia de menos de 12 sesiones para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión grave?

1. CERTEZA DE LA EVIDENCIA				
Beneficios: MODERADO				
Muy Baja	Baja		Moderada	Alta
2. BALANCE DE RIESGOS Y BENEFICIOS				
¿Son los beneficios de magnitud importante?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los potenciales daños de pequeña magnitud?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los beneficios grandes en relación a los potenciales daños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
3. VALORES Y PREFERENCIAS				
¿Cuáles son los valores y preferencias de los potenciales usuarios?				
Hay certeza que la mayoría rechazaría la intervención	La mayoría podría rechazar la intervención	Los valores y preferencias son inciertos y es difícil estimarlos	La mayoría podría aceptar la intervención	Hay certeza que la mayoría aceptaría la intervención
4. USO DE RECURSOS				
¿Son los recursos involucrados pequeños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Es el costo pequeño en relación al beneficio neto?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
5. Otras consideraciones				
¿Es la opción aceptable para los actores clave?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿La opción es factible de implementar?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
señale el balance entre las consecuencias favorables (beneficios) y las consecuencias desfavorables (riesgos y costos).				
Las consecuencias desfavorables **claramente** superan a las consecuencias favorables en todos o casi todos los casos	Las consecuencias desfavorables **posiblemente** superan a las consecuencias favorables en la mayoría de los casos		Las consecuencias favorables **posiblemente** superan a las consecuencias desfavorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables **claramente** superan a las consecuencias desfavorables en todos o casi todos los casos

4.6. Escalas de gradación

Escala GRADE

Criterios GRADE para jerarquizar el grado de calidad de la evidencia			
Paso 1 Grado inicial de la evidencia según el diseño	**Paso 2 Reducir nivel (-1 o -2) si:**	**Paso 3 Aumentar nivel (+1 o +2) si:**	**Nivel de calidad de evidencia**
ECA Calidad alta Grado 4	**Calidad metodológica** Limitaciones metodológicas serias (-1) Limitaciones metodológicas muy serias (-2) **Consistencia** Trabajo con resultados inconsistentes (-1) **Aplicabilidad** Diferencia en población, intervenciones o variables de resultado (-1 o -2) **Otras** Datos confusos o imprecisos (-1) Probabilidad de sesgos (-1)	**Fuerza de la asociación** (intervención *vs.* variable de resultado) Magnitud efecto fuerte (+1) RR >2 e IC <0.5 en dos o más estudios observacionales Magnitud de efecto muy fuerte (+2) RR >5 e IC <0.2 **Todo o nada** Gradiente de respuesta relacionado con la dosis (+1) **Factores de confusión** (-1 si perjudican el efecto)	ALTO
Estudios Cuasi-experimentales Calidad moderada Grado 3			MODERADO
E. Observacional Calidad baja Grado 2			BAJO
Otros diseños Calidad muy baja Grado 1 o 0			MUY BAJO

Significado de los niveles de calidad de la evidencia	
Calidad de la evidencia	**Definición**
Alta	Hay una confianza alta en que el estimador del efecto se encuentra muy cercano al efecto real
Moderada	Hay una confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el estimador del efecto se encuentre cercano al efecto real pero hay la posibilidad que existan diferencias substanciales
Baja	La confianza en el estimador del efecto es baja: el estimador del efecto puede ser substancialmente diferente al efecto real
Muy baja	Hay una confianza muy baja en el estimador del efecto: es muy probable que el estimador del efecto sea substancialmente diferente al efecto real

Criterios GRADE Estimación del grado de la recomendación		
Grado	**Prerrequisitos**	**Implicaciones**
Fuerte	Calidad de la evidencia alta	La mayoría de los especialistas bien formados elegirá esta opción
Débil	Balance favorable daño/beneficio	La recomendación debe ser seguida
Basado en el consenso (punto de buena práctica)	Calidad de la evidencia moderada o alta	Muchos de los especialistas bien informados elegirán esta opción, pero una sustancial minoría no

Implicaciones de la fuerza de las recomendaciones desde diferentes perspectivas (pacientes, clínicos y gestores)		
	Recomendación fuerte	**Recomendación débil**
Para pacientes	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y sólo una pequeña proporción no lo estaría.	La mayoría de las personas en esta situación estarían de acuerdo con la acción sugerida, pero muchos no lo estarían.
Para profesionales de la salud	Las herramientas formales para la toma de decisiones probablemente no serán necesarias para ayudar a las personas a tomar decisiones coherentes con sus valores y preferencias.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para cada paciente individual y que se deberá alentar a que cada paciente alcance una decisión de manejo coherente con sus valores y preferencias. Las herramientas para la toma de decisiones pueden ser útiles como ayuda para la toma de decisiones coherentes con los valores y preferencias de cada persona.
Para tomadores de decisiones y gestores	La mayoría de las personas deberían recibir la intervención recomendada.	El desarrollo de políticas en salud requerirá considerables debates y la participación de los diversos grupos de interés. La documentación adecuada del proceso de toma de decisiones para una recomendación débil podría utilizarse como una medida de calidad, en particular, si está basada en evidencia de alta calidad.

Fuente: Guyatt, G.H., et al., GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 2008. 336(7650): p. 924-6. Jaeschke, R., et al., Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive. BMJ, 2008. 337: p. a744.

Escala SIGN

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Los estudios clasificados como 1– y 2– no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
✓	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developers´ handbook: Edinburgh: SIGN; 2008.

4.7. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

Diagnóstico(s) Clínico(s):	DEPRESIÓN EN ADULTOS Y EDAD PEDIÁTRICA		
CIE-10/CIE-9	CIE-10: F32.0 Episodio depresivo leve. F32.1 Episodio depresivo moderado. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. F32.8 Otros episodios depresivos. F32.9 Episodio depresivo, no especificado.		
Código del CMGPC:			
TÍTULO DE LA GPC			Calificación
DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS Y EDAD PEDIÁTRICA			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
ADULTOS Y EDAD PEDIÁTRICA	Médico General, Médico Familiar, Médico Pediatra, Lic. en Psicología, Lic. en Enfermería, Personal docente de escuelas, Lic. en Trabajo Social	PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
DETECCIÓN			
Se evaluó la sintomatología depresiva en adultos en unidades de primer nivel de atención aplicando el instrumento de tamizaje PHQ-9; el cual es un instrumento que permite detectar a personas con trastorno depresivo mediante una encuesta de autoevaluación, así como definir la severidad de dicho cuadro.			
Se debe utilizar el instrumento Inventario de Depresión de Beck al inicio del diagnóstico de depresión y para valorar la respuesta a tratamiento en adultos.			
Se debe realizar el cuestionario de depresión Infantil (CDI) a todos NNA, y todos los que califiquen igual o mayor a 19 (punto de corte), deben ser referidos a atención primaria en salud para valoración y confirmar diagnóstico mediante entrevista clínica estructurada y semiestructurada en un lapso de 4 a 10 días después de la realización del cuestionario			
DIAGNÓSTICO			
Si el puntaje del cuestionario de Depresión Infantil (CDI) es menor a 19 se deben realizar acciones de promoción y educación para la salud mental en el contexto escolar y familiar.			
Posterior a la detección de posibles casos de depresión en adultos y NNA en ámbito escolar o familiar, deben canalizarse a primer nivel de atención médica para ser confirmado el diagnóstico, mediante entrevista clínica y exploración médica de acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE-10 o del DSM-5.			
Se confirmó diagnóstico de depresión en adultos y NNA mediante una entrevista clínica estructurada basada en los criterios de la CIE-10 o DSM-5, por el personal de atención primaria			
Se descartó padecimientos médicos como; Infecciones: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), mononucleosis, influenza, SARS CoV-2; Trastornos neurológicos: epilepsia, migraña, lesión cerebral traumática; Sistema endocrino: Enfermedad de Addison, Enfermedad de Cushing, hipopituitarismo, trastornos de la tiroides y diabetes; anemia severa; y otros.			
TRATAMIENTO			

Se inició tratamiento para la depresión con terapia cognitivo-conductual (TCC), particularmente en formato individual, grupal y la terapia interpersonal (TIP), por grupo de edad y sexo.	
Se dio tratamiento psicológico y con antidepresivos mínimo 6 a 12 meses.	
Se aclaró todas las dudas del paciente y los familiares para poder contar con su apoyo al tratamiento y mantener siempre al paciente informado sobre los beneficios y los efectos adversos que puede esperar el paciente para tomar la decisión adecuada, así como su tolerabilidad a los fármacos.	
Se inició tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina por tener el mejor riesgo/beneficio de estos ante otro tipo de antidepresivos	
Los niños, niñas y adolescentes de 8 a 17 años de edad con depresión moderada y grave deben iniciar tratamiento farmacológico asociado a TCC y terapia familiar, ya que se demostró menos tasas de recaída.	
Se debe iniciar tratamiento en pacientes de 8 a 17 años de edad con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que se evidenció una mejor respuesta..	
RESULTADOS	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

5. GLOSARIO

Beck Depression Inventory (BDI): Escala de autoevaluación autoaplicada que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.

Comorbilidad: Situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones como, por ejemplo, depresión y diabetes.

Depresión: Síndrome en el que predomina la tristeza en conjunto con síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por un tiempo mínimo constante de dos semanas.

Depresión resistente: Aquella en la que, tras una correcta adherencia al tratamiento farmacológico durante al menos 6 semanas y pasando por dos esquemas de distintos antidepresivos, los pacientes presentaban criterios de trastorno depresivo mayor según la CIE-10 y una puntuación en la escala BDI ≥ 14.

Desesperanza: Esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el futuro inmediato o el más remoto. La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores, con la elaboración de la Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)

Eficacia: Nivel en el que una determinada intervención en condiciones ideales genera un resultado favorable. Un ensayo clínico aleatorizado es la mejor manera de evaluar la eficacia.

Eficiencia: Nivel en el que una intervención genera un resultado favorable en circunstancias ordinarias.

Episodio. Es el período en el cual el paciente cumple con los criterios diagnósticos del trastorno, los cuales son definidos por las diferentes clasificaciones existentes. Un episodio no termina hasta que el paciente presenta una recuperación (ver más abajo).

Esquema de tratamiento: Se refiere al tiempo en el que debe de observarse una mejoría con la dosis mínima indispensable para la decisión del aumento de la dosis o de cambio de fármaco hasta completar un mínimo de 6 a 12 semanas para valorar la respuesta.

Estudio de casos-control: Estudio observacional y analítico en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados, se investiga si estuvieron expuestos a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

Estudio de cohortes: Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos sanos que presentan diferentes grados de exposición a un factor de riesgo y en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición a estudio.

Estudio observacional: Conjunto de estudios epidemiológicos donde no hay intervención por parte del investigador, si no que éste se limita a medir las variables que define en el estudio.

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición.

Lenguaje incluyente: Recomendaciones para el uso incluyente y no sexista del lenguaje que son esfuerzos que constituyen una herramienta para promover la igualdad sustantiva y el desarrollo de una cultura basada en el respeto a la diversidad humana y el derecho a la no discriminación.

Metanálisis: Método estadístico en el que se combinan los resultados de diferentes estudios para evaluar la heterogeneidad y generar resultados globales.

Psicoeducación: Programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa entre el profesional, el paciente y sus cuidadores.

Remisión parcial. Es el período durante el cual se observa una mejoría de suficiente magnitud que el individuo ya no es completamente sintomático (es decir, ya no cumple con los criterios diagnósticos del trastorno) pero continúa con síntomas propis del trastorno. El tratamiento no es un requisito para esta definición, ya que la remisión parcial puede ser espontánea. Se puede pensar en una respuesta como el punto en el que comienza una remisión parcial. La diferencia entre respuesta y remisión parcial, es que la respuesta requiere tratamiento y, por lo tanto, implica que se conoce la causa del cambio en la condición del paciente.

Remisión total. Una remisión completa es un período relativamente breve (>E pero <F días) durante el cual se observa una mejoría de suficiente magnitud que el individuo es asintomático (es decir, ya no cumple con los criterios diagnósticos del trastorno, puede llegar a presentar síntomas mínimos). El tratamiento no es un requisito, la remisión total puede ser espontánea.

Recuperación. Una remisión que dura >F días o más es una recuperación. La recuperación puede ser espontánea y puede durar un período indefinido. El término se utiliza para designar la recuperación del episodio, no de la enfermedad en sí.

Recaída. Es el retorno de los síntomas suficientes para cumplir con los criterios del trastorno, que ocurre durante el período de remisión, pero antes de la recuperación como se definió anteriormente. La recaída puede representar un cambio de remisión parcial o al total de los criterios para el trastorno. tratamiento.

Recurrencia. Es la aparición de un nuevo episodio de trastorno depresivo mayor y, por lo tanto, sólo puede ocurrir durante una recuperación.

Terapia cognitivo-conductual: Se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Beck A, LeBlanc JC, Morissette K, Hamel C, Skidmore B, Colquhoun H, et. al. Screening for depression in children and adolescents: a protocol for a systematic review update. Syst Rev. 2021; 10(1):24.
2. Beltrán, María del Carmen, Freyre, Miguel-Ángel, & Hernández-Guzmán, Laura. (2012). The Beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Terapia psicológica,* 30(1), 5-13. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001
3. García, José Manuel, Pérez, Marino Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema [en línea]. 2001, 13(3), 493-510[fecha de Consulta 23 de Junio de 2022]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713314
4. De la Peña Olvera, Ulloa Flores, Paez Agraz; Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Salud Mental (01853325) Vol.22 no. Esp p.88-92(1999).http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/7237
5. Kato M, Hori H, Inoue T, Iga J, Iwata M, Inagaki T, Shinohara K, Imai H, Murata A, Mishima K, Tajika A. Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2021 Jan;26(1):118-133. doi: 10.1038/s41380-020-0843-0. Epub 2020 Jul 23. PMID: 32704061; PMCID: PMC7815511.
6. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et. al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. Can J Psychiatry. 2016; 61(9):510-23.
7. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020 Nov;59(11):1218-1239.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009. Epub 2020 Jun 3. PMID: 32504808; PMCID: PMC7267797.
8. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et. al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Can J Psychiatry. 2016; 61(9):540-60.
9. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et. al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. Can J Psychiatry. 2016; 61(9):561-75.

10. Inés Nogales, Dr. Héctor Rodríguez y Dra. Rosa Elena Ulloa. F a c t o res biológicos y ambientales asociados a la depresión en la edad escolar s, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", en Ciudad de México.
11. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, et. al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. Can J Psychiatry. 2016; 61(9):576-87.
12. Depression in children and young people: identification and management [NG134]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : 2019.
13. Chile. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia. Santiago: MINSAL, 2017.
14. Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner AC, et. al. Screening for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2016; 164(5):342-9.
15. Macciotta-Felices Beatrice, Morón-Corales Carla, Luna-Matos Matilde, Gonzales-Madrid Víctor, Melgarejo-Moreno Amelia, Zafra-Tanaka Jessica H. et al . Guía de práctica clínica para el tamizaje y manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta méd. Peru. 2020; 37(4): 536-547. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n4/1728-5917-amp-37-04-536.pdf
16. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, Sharma V, Moller CI, Badcock PB, et. al. New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2021; 5(5):CD013674.
17. Nogales Imaca AI, Rodríguez Juárez H, Cortés Meda GM, Cabrera Abud II, Esperón Vargas C, Lohman Alamilla K, et. al. Guía Clínica: Depresión en niños y adolescentes. México: Secretaría de Salud, [2018]. (guías clínicas del hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro").Disponibleenhttps://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/304292/Depresioen_ninos_y_adolescentes_2018.pdf
18. Zhou X, Teng T, Zhang Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2020;7(7):581-601. doi:10.1016/S2215-0366(20)30137-1

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, CECOSAM, Iztapalapa, Servicios de Atención Psiquiátrica, Consejo Nacional de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, ISEM, Centro Medico Ecatepec, Jurisdicción Sanitaria No. IV Coyoacán, Instituto Nacional de Rehabilitación; las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló** la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del **Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, STCONSAME, UNAM, Instituto de Neurología, UNEME CAOA, Xochitepec, Morelos** que participaron en los procesos de **validación** en esta guía.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Secretaría de Salud

Ing. Adrián Pacheco López	*Encargado de la Dirección General*
Dr. Edgar Mayolo Hernández Aguirre	*Dirección de Integración de GPC*
Dr. Miguel Patiño González	*Coordinación metodológica*
Dra. Mónica Rosalía Loera Pulido	*Coordinación metodológica*
Dr. Christian Fareli González	*Coordinación metodológica*
Dr. Cristóbal León Oviedo	*Coordinación metodológica*
Dra. Lourdes Amanecer Bustamante Lambarén	*Coordinación metodológica*
Dr. Arturo Ramírez Rivera	*Coordinación metodológica*
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	*Departamento de Centros de Desarrollo de GPC*

9. DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud
Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Lic. Zoé Robledo Aburto
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Pedro Zenteno Santaella
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Lic. Nuria María Fernández Espresate
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos
Ing. Octavio Romero Oropeza
Director General

Secretaría de Marina Armada de México
Almte. José Rafael Ojeda Durán
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
Gral. Luis Cresencio Sandoval González
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Marcos Cantero Cortés
Secretario del Consejo de Salubridad General

10. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Ing. Adrián Pacheco López ***Encargado de la Dirección General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud***	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Hugo López-Gatell Ramírez ***Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud***	Titular
Dr. Gustavo Reyes Terán ***Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad***	Titular
Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar ***Director General del Instituto de Salud para el Bienestar***	Titular
Dra. María Eugenia Lozano Torres ***Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud***	Titular
Dr. Marcos Cantero Cortés ***Secretario del Consejo de Salubridad General***	Titular
Gral. Bgda. Méd. Cir. Guadalupe Maza de la Torre ***Directora General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional***	Titular
Capitán de Navío de Sanidad Naval, Dr. Roberto Mar Aldana ***Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México***	Titular
Dra. Célida Duque Molina ***Directora de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social***	Titular
Dr. Ramiro López Elizalde ***Director Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado***	Titular
Dr. Rodolfo Lehmann Mendoza ***Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos***	Titular
Lic. Nuria Fernández Espresate ***Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia***	Titular
Lic. Juan Antonio Orozco Montoya ***Comisionado Nacional de Arbitraje Médico***	Titular
Dr. José Luis García Ceja ***Director General de Calidad y Educación en Salud***	Titular
Mtro. Delfino Campos Díaz ***Encargado del despacho de la Dirección General de Evaluación del Desempeño***	Titular
Dr. Dwight Daniel Dyer Leal ***Director General de Información en Salud***	Titular
Dra. Zazil Flores Aldape ***Secretaria de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California Sur***	Titular 2022-2023
Dra. Alma Rosa Marroquín Escamilla ***Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León***	Titular 2022-2023
Dr. Rigoberto Zamudio Meneses ***Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado de Salud de Tlaxcala***	Titular 2022-2023
Dr. José Halabe Cherem ***Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México***	Titular
Dr. Felipe Cruz Vega ***Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía***	Titular
Dra. Alicia Elizabeth Robledo Galván ***Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría***	Titular
Lic. Héctor Valle Mesto ***Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Jorge Eugenio Valdez García ***Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Heberto Arboleya Casanova ***Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.***	Asesor Permanente
Mtro. Héctor Miguel Flores Hidalgo ***Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Frausto ***Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud***	Asesor Permanente
Dr. Edgar Mayolo Hernández Aguirre ***Director de Integración de Guías de Práctica Clínica***	Secretario Técnico