

Volumen 14 - Número 1

Junio 2023

ISSN - 2145 - 6569

REVISTA DE PSICOLOGÍA

GEPU

<https://revistadepsicologiagepu.es.tl>

Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología
Universidad del Valle
Santiago de Cali, Colombia



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 14 No. 1 – Junio de 2023
ISSN 2145-6569



Editor
Andrey Velásquez Fernández
andrey.velasquez@correounivalle.edu.co

COMITÉ EDITORIAL

Jenny Mora Corporación Viviendo	Tatiana Rivas Universidad del Valle	Natalia Zapata Posso Universidad del Valle	Jennifer Lisette Melo Universidad Autónoma San Luis Potosí	Angelica Bravo ESE Centro Cali
Diego Alejandro López González UNAD	María Alejandra Panesso Universidad del Valle	Lina Fernanda Benjumea Universidad del Valle	Helena Rojas Garzón Fundación SIDOC	Catalina Medina Emcali

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda Universidad San Buenaventura	Jorge Alexander Daza Universidad Católica de Pereira	Andrés de Bedout Hoyos Universidad San Buenaventura	Ximena Ortega Delgado Universidad Mariana	Daniel Hurtado Cano Universidad Manuela Beltrán
--	--	---	---	---

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra Universidad Autónoma de Barcelona	Blanca Hurtado Caceda Universidad Alas Peruanas	María Amparo Miranda Salazar Universidad del Valle de México	Adriana Savio Corvino Universidad de la República	Hilda Janett Caquias Escuela de Medicina de Ponce
---	---	--	---	---

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda Asociación Paraguaya de Neuropsicología	Mario Rosero Ordoñez Universidad Mariana	Nora Couso Área de Medición Educativa Provincia de Chubut de Argentina	Pablo Antonio Vásquez Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica y la Salud Mental
---	--	---	--

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio D8, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica. Diseño de portada y separadores por: **Tatiana Andrea Parra Arcila**.

IBSN

Revista de Psicología GEPU Vol. 14 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-14-No-1.htm>



2145-6569-0-7

PROPUESTA DE GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PROPOSAL OF A CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF DEPRESSION IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS

Doralkis Leonor Alfonso Guerrero, Edeltes Cuenca Doimeadios, Damaris González
Martínez & Mileydis Quintero Estevez

Universidad de Ciencias Médicas de Holguín / Cuba

Referencia recomendada: Alfonso, D. L., Cuenca, E., González, D. & Quintero, M. (2023). Propuesta de Guía de prácticas clínicas para manejo de la depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 14 (1), 42-80.

Resumen: *Introducción.* En la Depresión infantil la variabilidad de criterios complejiza la toma de decisiones. La Guía de Prácticas Clínicas (GPC) constituye una herramienta de ayuda. *Objetivo.* Diseñar una Guía de Prácticas Clínicas para el manejo de la Depresión en niños y adolescentes ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Pediátrico de Holguín. *Método.* Se realizó investigación de intervención y desarrollo, con metodología mixta en pacientes deprimidos ingresados en el período comprendido entre marzo de 2018 y febrero de 2019; El universo estuvo constituido por 672 pacientes que ingresaron en este período, la muestra de forma intencionada por 192 pacientes que presentaron trastorno depresivo. Se diseñó una GPC mediante talleres de socialización con especialistas de más de 10 años de experiencia y un psicólogo, se tomó como punto de partida la caracterización de la muestra. Se contó con criterios de expertos externos. *Resultados.* Los factores de riesgo con mayor frecuencia identificados en el nivel relacional fueron las interacciones familiares inadecuadas (58.85%) y dificultades en la socialización (48.95%). En el nivel personal la baja autoestima (80.20%) y dificultades en habilidades sociales (53.12%), en interrelación con factores de riesgo comunitarios como dificultades para la recreación sana (80.20%) y condiciones socioeconómicas inadecuadas (71.35%). La depresión mayor (27.60%) y otro trastorno depresivo no especificado (24.48%) prevalecieron como diagnósticos. *Conclusiones.* El diseño de la Guía de Prácticas Clínicas permitió que se estableciera un algoritmo de trabajo que favoreció la unidad de criterios sin dejar de tener presente la individualidad en cada paciente.

Palabras claves: Depresión, Guías de prácticas clínicas, niños y adolescentes.

Abstract: *Introduction.* In childhood depression, the variability of criteria hinders the decision-making process. The Clinical Practice Guideline is a helpful tool. *Objective.* To design a clinical practice guideline for the management of depression in children and adolescents admitted to the Crisis Intervention Unit at Holguín Pediatric Hospital. *Method.* Intervention and development research was carried out, employing mixed methodology in depressed patients admitted in the period from March 2018 to February 2019; the universe consisted of 672 patients who were admitted during this period, the intentional sample by 192 patients who presented depressive disorder. CPG was designed through socialization workshops with specialists with more than 10 years of experience and a psychologist, the characterization of the sample was taken as a starting point. External expert criteria was used. *Results.* The most frequently identified risk factors at the relational level were inappropriate family interactions (58.85%) and difficulties in socialization (48.95%). On the personal level, low self-esteem (80.20%) and difficulties in social skills (53.12%), in interrelation with community risk factors such as difficulties for healthy recreation (80.20%) and inadequate socioeconomic conditions (71.35%). Major depression (27.60%) and other unspecified depressive disorder (24.48%) prevailed as diagnoses. *Conclusions.* The design of the Clinical Practice Guide allowed the establishment of a work algorithm that favored the unification of criteria while keeping in mind the individuality of each patient.

Keywords: Depression, clinical practice guidelines, children and adolescents.

Recibido: 22 de Octubre de 2021 / **Aprobado:** 12 de Febrero de 2023

Doralkis Leonor Alfonso Guerrero. Especialista de primer grado en Psiquiatría Infantil. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.
Edeltes Cuenca Doimeadios. Especialista de segundo grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Consultante.
Damaris González Martínez. Especialista de segundo grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Auxiliar.
Mileydis Quintero Estevez. Especialista de primer grado en Psiquiatría Infantil. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor instructor. Correo electrónico: mileydisqhlq@infomed.sld.cu.

Introducción

La prevalencia de los trastornos mentales es alta en todo el mundo y ello contribuye de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. El estigma, la exclusión social y la discriminación que rodea a las personas con trastornos mentales agravan la situación.¹

La depresión en la infancia y adolescencia es uno de los trastornos mentales más frecuentes y que más afectan al estado funcional en este grupo de edad, con tasas acumuladas que indican que hasta un 20 % de los jóvenes de 18 años habrán sufrido en su vida al menos un episodio depresivo clínicamente relevante.²

En los niños y adolescentes, la depresión tiene un gran impacto negativo sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación a la etapa adulta, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación que origina^{2,3}.

Se considera que la depresión ha persistido a lo largo del desarrollo de la humanidad. En la antigüedad, su símil recibió el nombre de melancolía y sus síntomas fueron descritos en casi todos los registros literarios y médicos. Melancolía (del Griego clásico "negro", "bilis"), término médico fruto de la doctrina humanista, se encuentra de hecho en Hipócrates; aunque es hasta el año 1725 cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro bajo el término actual de depresión⁴.

A lo largo de la historia, la naturaleza de la depresión infantil ha sido objeto de polémica incluso dentro de la psicopatología. Autores psicoanalistas negaron su existencia alegando que en esta etapa de la vida no está formado el "yo" ni interiorizado el "super yo". Otros investigadores cuestionaron su validez como entidad nosológica dado que sus supuestos síntomas, como llanto, escaso apetito, irritabilidad, entre otros, suelen formar parte de un desarrollo evolutivo normal y remiten espontáneamente con el tiempo.⁵

En la actualidad, la depresión se atribuye a un disfuncionamiento de múltiples sistemas bioquímicos del sistema nervioso central con afectación de otros sistemas del organismo asociados a factores psicosociales y del desarrollo. Las alteraciones que se presentan en los trastornos depresivos están unidas a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos, interpersonales, ocasionan alteraciones en el funcionamiento familiar y social del paciente, y su presentación de forma sostenida colorea toda la vida de este⁶.

El diagnóstico y tratamiento oportuno de niños y adolescentes deprimidos es un factor censor para prevenir muchos problemas académicos, sociales, emocionales y del comportamiento, donde se incluyen los altos niveles de suicidio y violencia; que les permitan vivir una vida plena, y donde

los padres alerta y con habilidades al respecto puedan jugar un papel vital para ayudar a sus hijos a superar este trastorno y sus consecuencias negativas.^{6, 7}

Los adolescentes constituyen uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos. En esta etapa se afrontan grandes retos: el cumplimiento de nuevas tareas del desarrollo, la adaptación a los nuevos cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con el incremento hormonal, la pubertad y la integración de la madurez sexual en un modelo personal de comportamiento. Así pues, la adolescencia es un desafío para los adolescentes y la institución familiar que debe propiciar un tránsito exitoso.⁸

La depresión se configura como uno de los problemas de mayor impacto en la salud de la población en países en vías de desarrollo y constituye la psicopatología más importante como precondition para el intento de suicidio en jóvenes, pues figura como una causa de muerte en esta etapa de la vida. La mayoría de las personas que se suicidan visitan a su médico cabecera aproximadamente en el mes previo, cursaban su primer episodio depresivo y en muchas ocasiones no habían sido diagnosticados y por tanto no eran tratados. No obstante, la depresión se puede prevenir y tratar.⁹

De los 4 millones de adolescentes que presentan cuadros de depresión anualmente, diez mil (0,25 %) concretan el suicidio;¹⁰ por lo que se considera oportuno generar, a nivel mundial, estándares estratégicos de prevención y soporte ante esta condición que pone en riesgo la vida de los adolescentes.

En la actualidad, países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido basan sus esfuerzos en la creación de centros especializados, no solo en el tratamiento y prevención de estados de depresión y posterior desencadenamiento suicida, sino también en búsqueda de evidencia sobre cómo poder intervenir de una mejor manera sobre los factores desencadenantes tanto a nivel social como biológico. Por otro lado, en países como Holanda, el abordaje de la persona se realiza de manera más integral; promoviéndose adicionalmente espacios de desarrollo y reinserción dentro de la comunidad.¹¹

En España, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida es un referente dentro de la Comunidad Europea con un abordaje innovador, ofreciéndose un diagnóstico temprano y herramientas adecuadas que facilitan al tratante una mejor visión de resolución con una mejor calidad de atención al paciente.¹²

En América Latina, países como Chile, Colombia, Argentina y México implementan estándares y políticas de estado para abordar esta situación mediante el empleo de programas que se enfocan en el reconocimiento temprano del estatus depresivo y el posterior trabajo bajo todas las esferas que engloban el desarrollo del individuo.¹³

La OMS considera a la Depresión como una de las condiciones médicas que provoca mayor agobio, situándola en el cuarto lugar en el mundo de acuerdo a los años de vida perdidos por muerte

prematura o vividos con una discapacidad severa y de larga duración. Constituye un problema de salud con alta prevalencia, severidad y terribles consecuencias, que para el año 2030 será la primera causa de discapacidad.¹⁴

La depresión recurrente afecta, al menos, a una de cada seis personas a lo largo de su vida, por lo que se confirma la necesidad de tratar los primeros episodios de depresión con eficacia, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes. Apunta Lagopoulos en estudio realizado que el 65 % de los participantes con depresión severa presentaron un hipocampo más pequeño, lo que demuestra los cambios en el cerebro por los efectos adversos de la enfermedad.¹⁵

El paso de la infancia a la adolescencia supone la entrada en la depresión para muchos chicos y chicas. Antes de la pubertad sufren este problema aproximadamente el 2 % de los niños; pero, cuando empieza, ese porcentaje llega al 3,4-5 % en el caso de la depresión mayor, “aunque hasta un 10 % de los adolescentes presentan sintomatología depresiva subclínica”, explica Sara Lera, psicóloga clínica del Hospital Clínico de Barcelona. Y esta enfermedad aumenta en las niñas: se estima que la incidencia es el triple en ellas.¹⁶

Estudios realizados en el Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez en La Habana por la Dra. Nureybis Caballero, en su tesis de grado para la terminación de su residencia, destaca que el Síndrome depresivo fue el diagnóstico a nivel sindrómico más frecuente realizado por el psiquiatra de guardia; no obstante, en la mayor cantidad de casos no fue la tristeza, como síntoma, el motivo de consulta más frecuente en los individuos estudiados, donde predominó más que la tristeza clínica, las conductas agresivas e inapropiadas, el rechazo social y la irritabilidad.¹⁷

Para tratar adecuadamente el trastorno depresivo en la adolescencia es necesario establecer políticas de cambio desde la misma comunidad, centros de educación escolar, superior, y autoridades locales, en la forma de manejar toda información referida a educación y salud; esto ampliará las posibilidades de prevención e intervención efectiva en este grupo etario vulnerable, en el círculo familiar, así como en el entorno social, laboral e institucional.¹⁸

En la provincia de Holguín en el año 2017 se presentaron 482 casos de intentos suicidas en la adolescencia. Dentro de los principales factores de riesgo asociados se encontraron el sexo masculino, la depresión, rasgos impulsivos de personalidad, antecedentes familiares de conducta suicida, abuso de sustancias, crisis y desintegración familiar, conducta suicida previa, amenaza de suicidios y preocupación por la muerte.¹⁹

El espectro de los trastornos depresivos que ocurren durante la infancia y la adolescencia plantea un desafío diagnóstico y terapéutico al médico, el rigor científico cada vez mayor de la investigación de los trastornos mentales pone de relieve la importancia de los diagnósticos clínicos.²⁰

Una guía de práctica clínica es el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática, sobre la atención sanitaria más apropiada y la selección de opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas.²¹

La práctica del ejercicio de esta profesión en los diferentes escenarios produjo gran interés en el presente tema de estudio. Así, por lo antes expuesto y por no contar con investigaciones relacionadas con una guía de actuación médica para la atención de los pacientes que ingresan deprimidos, se trazó como objetivo diseñar una guía de prácticas clínicas para el manejo de la Depresión en niños y adolescentes ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Pediátrico provincial “Octavio de la Concepción de la Pedraja” y en consecuencia se realizó la actual investigación.

Objetivos

Objetivo General:

Diseñar guía de prácticas clínicas para el manejo de la Depresión en niños y adolescentes ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis en el Hospital Pediátrico provincial.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la depresión en niños y adolescentes deprimidos con ingreso en la Unidad de Intervención en Crisis.
2. Realizar talleres para la elaboración de la Guía de prácticas clínicas.
3. Diseñar Guía de prácticas clínicas.

Diseño metodológico

Tipo de estudio a desarrollar. Se realizó una investigación de intervención y desarrollo, con metodología de tipo cualitativa y cuantitativa en pacientes niños y adolescentes deprimidos ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Servicio de Psiquiatría infantil del Hospital Pediátrico Universitario de Holguín “Octavio de la Concepción de la Pedraja” en el período comprendido desde marzo 2018 hasta febrero 2019, con el objetivo con de diseñar una guía de prácticas clínicas para el manejo de la Depresión en pacientes ingresados.

Universo y Muestra:

El universo estuvo constituido por 672 pacientes que ingresaron en la Unidad de Intervención en Crisis en el periodo de marzo del 2018 hasta febrero del 2019 y la muestra de forma intencionada por 192 pacientes que presentaron trastorno depresivo y cumplieron los criterios de selección.

Criterios de inclusión: pacientes con trastornos depresivos según criterios diagnósticos del DSM-V, que dieron su consentimiento informado junto a sus padres para participar en esta investigación en el período y lugar que se realizó la misma (Anexo 1).

Criterios de exclusión: pacientes deprimidos que presentaron momentos depresivos normales, momento normal madurativo de introspección y reflexión que realiza el niño o el adolescente, tristeza no patológica y los que por alguna situación personal o familiar tuvieron que abandonar la investigación.

Se utilizaron métodos teóricos y empíricos para la obtención e interpretación de la información y dar cumplimiento a los objetivos planteados.

Métodos teóricos:

Análisis y Síntesis: para el procesamiento de la información en la elaboración teórica y empírica, en la revisión documental, así como en las conclusiones parciales y generales.

Histórico: para determinar antecedentes históricos y factores socioculturales de riesgo y protectores en niños y adolescentes.

Hermenéutico: para la correcta interpretación de los conceptos, la comprensión del estado real y actual de la guía de prácticas clínicas para la depresión en niños y adolescentes en Holguín, Cuba y el mundo.

Inducción-deducción para determinar el estado real y actual del problema investigado y sus posibles causas.

Enfoque de sistemas: para la elaboración de los presupuestos teóricos y el abordaje de forma sistémica de la interacción de los distintos aspectos que integran la guía de prácticas clínicas, incluye factores de riesgo y protectores, según modelo ecológico y sus 4 niveles.

Revisión documental: Se revisaron textos básicos, revistas y artículos científicos publicados recientemente sobre el tema de estudio.

Para realizar la investigación se plantearon las siguientes variables:

Variable dependiente: paciente niño o adolescente deprimido, variable cualitativa nominal politómica.

Depresión: es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un sentimiento de infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el

rendimiento o limitar la actividad vital habitual independientemente de su causa, según criterios del DSM-5.³³

Variable independiente: Guía de prácticas clínicas, variable cualitativa nominal politómica.

Guía de prácticas clínicas: se define como el conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”. Las Guías de práctica clínica ayudan a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la creciente evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica; intentan ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar una decisión clínica, pero no la reemplazan.²¹

Ventajas de las Guías de Prácticas Clínicas²¹

- *Asegura un estándar de calidad asistencial*, mejor precisión diagnóstica y regula el uso de exploraciones complementarias así como racionaliza los tratamientos.
- *Mejora la eficiencia*, ahorra el tiempo del diagnóstico y control, racionaliza la distribución de los recursos sanitarios.
- *Facilita la introducción del control de calidad*, favorece el registro de datos, establece criterios de calidad y puede auditarse fácilmente.
- *Favorece la investigación*, permite comparar y uniformar formas de actuación.
- *Facilita la docencia* y estimula la reflexión acerca del motivo de las decisiones.

Los factores de riesgo se clasificaron según enfoque ecológico⁴⁰ en: individuales, relacionales, comunitarios y sociales con el objetivo de favorecer las intervenciones en las distintas áreas relacionadas con la vida de niños y adolescentes. Estos factores de riesgo se especifican en la operacionalización de las variables.

La investigación contó con tres etapas.

Primera etapa: se da salida al primer objetivo de caracterizar la Depresión en pacientes ingresados deprimidos.

Métodos empíricos. Fueron de utilidad para la caracterización del objeto de estudio. Se relacionan con instrumentos y técnicas de búsqueda de información.

Para dar salida al primer objetivo de caracterizar la depresión en niños y adolescentes ingresados en la UIC, se trabajó con una muestra de 192 pacientes ingresados, utilizándose los siguientes métodos empíricos:

- Aplicación de un cuestionario para la recolección del dato primario (Anexo 2) con los siguientes indicadores:

- Edad.
- Sexo.
- Antecedentes patológicos personales.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Factores de riesgo según modelo ecológico.
- Diagnóstico psiquiátrico según DSM-V

- Realización del diagnóstico psicopatológico según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V).

- Examen psiquiátrico tradicional o entrevista psiquiátrica (Anexo 3). Se utilizó para complementar diagnóstico psiquiátrico y como método psicoterapéutico estrategia cognitivo-conductual orientada a la adquisición de habilidades.

La entrevista clínica con el paciente y sus padres o convivientes más próximos es la principal herramienta de diagnóstico, y debe incluir como aspectos básicos⁵⁹:

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

La entrevista clínica puede complementarse con otros métodos de evaluación. Existen diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, fundamentalmente, cuestionarios autoinformados (auto o heteroaplicados) y entrevistas con diferente grado de estructuración. El instrumento de evaluación que se elegirá dependerá fundamentalmente de su objetivo y ámbito de aplicación⁵⁹.

-Historia social psiquiátrica (Anexo 4), a realizar con el familiar con el objetivo de recogida de información útil.

- Instrumentos psicológicos Anexos (5, 6 y 7). Mediante estos instrumentos psicológicos según la edad se exploró ansiedad, depresión, rasgos de personalidad, conducta suicida y se estableció correlación clínico psicológica de los resultados encontrados.

- Inventario de Autoevaluación Depresión Rasgo-Estado (IDEREN) (Anexo 5)

Cuestionarios de depresión.

Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes, así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual y/o fisiológica.⁵⁸

Los cuestionarios de evaluación de la depresión tienen diferentes utilidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos (monitorización de síntomas), realizar cribado e incluso, diferenciar el tipo concreto de trastorno depresivo.⁵⁸

Aspectos éticos:

Basado en lo establecido en la Declaración de Helsinki para la realización de estudios investigativos en seres humanos, antes de incluir a cada paciente se le solicitó el consentimiento informado por escrito, se garantizó la confidencialidad de la investigación y de los datos, y su uso sólo con fines investigativos. (Anexo 1) Se informó a la Dirección del Hospital Pediátrico, a su comité de ética para las investigaciones, y se les explicó detalladamente los objetivos de esta investigación y fue concedida la autorización para realizarla. Además se contó con aval del Consejo Científico de la institución hospitalaria.⁶²

Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar.

Procedimientos estadísticos

El procesamiento se realizó en una microcomputadora compatible IBM y se utilizó el paquete estadístico SAS 6,12 para manipular y emitir todas las salidas. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, y para identificar factores de riesgo se utilizó la prueba de comparación múltiple de proporciones con nivel de significación de 0,5 %.

Respecto al tratamiento psicológico no hay un tratamiento unívoco establecido, la tendencia actual es utilizar un amplio espectro de técnicas y programas que incluyen componentes conductuales (planificación de actividades agradables, habilidades sociales y relajación) y también cognitivos (reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas o reatribución). Estos componentes estarían en la línea de dos grandes modelos psicológicos antes descritos (Modelo cognitivo de Beck y el de la Indefensión Aprendida de Seligman).⁶³

Análisis y discusión de los resultados

Caracterización de niños y adolescentes con depresión ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis del Servicio de Psiquiatría del Hospital Pediátrico “Octavio de la Concepción de la Pedraja”.

Tabla 1. Distribución de los pacientes ingresados con trastorno depresivo según edad y sexo. Hospital Pediátrico de Holguín 2019.

Grupos de edades	Sexo					
	M	%	F	%	T	%
Menos de 10 años	1	0.52	2	1.04	3	1.56
10-12 años	8	4.17	19	9.90	27	14.07
13-15 años	41	21.35	64	33.33	105	54.68
16-18 años	25	13.02	32	16.67	57	29.69
Total	75	39.06	117	60.94	192	100

Fuente: Historia clínica y Cuestionario

Al analizar la tabla 1 se aprecia que en los pacientes con trastornos depresivos estudiados predominaron los de grupo de edad de 13 a 15 años que representaron el 54.68 %, seguidos de los de 16 a 18 años con un 29.69 %.

La adolescencia es el grupo de edad que con mayor frecuencia demanda ingresos por depresión, mientras los escolares solo demandaron atención por igual motivo en el 1.56 %, el sexo femenino con el 60.94 % resultó ser el más afectado en los tres grupos de edades según periodicidad establecida.

Investigaciones revisadas^{67,68} coincidieron en que este trastorno se presenta en esta etapa de la vida con más frecuencia debido a las características normales y los cambios fundamentalmente psicológicos del adolescente que los llevan a mecanismos negativos de afrontamiento.

La OPS/OMS llama a que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes para evitar muertes y mejorar su salud. A nivel mundial, la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad en este grupo de edad, y el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad. Según varios estudios realizados, una de cada dos personas que desarrollan trastornos mentales presenta los primeros síntomas de depresión a los 14 años de edad. Si los adolescentes con problemas de salud mental reciben la atención que precisan, se pueden evitar muertes y un sufrimiento de por vida.⁶⁴

Los resultados relacionados con el sexo donde existió predominio del femenino coinciden con investigaciones que plantean que en el desarrollo normal del adolescente las féminas maduran más rápido que los varones y enfrentan la problemática de esta etapa de forma más precoz. Si las mismas no están preparadas en el afrontamiento adecuado de situaciones adversas aparecen las psicopatologías.⁶⁵

Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas por ^{66,67} donde plantean que la depresión es tres veces más frecuente en el sexo femenino porque cuentan con menos estrategias de adaptación. Independientemente de la vida moderna, aún existen dificultades sustanciales en los métodos educativos entre los sexos, donde hay más rigidez y limitaciones en las hembras que en varones, tabúes sociales y morales que limitan el desarrollo de las relaciones interpersonales, además es mayor el número de responsabilidades sobre todo domésticas y estados de indefensión aprendidos a pesar de que en la actualidad la discriminación de géneros ha mejorado.

Antes de la pubertad la prevalencia del trastorno depresivo es similar en niños y niñas, incluso levemente superior en los primeros⁶⁶. Sin embargo, entre adolescentes la prevalencia es mayor en el sexo femenino con una razón de 2:1, lo que podría estar en relación con los cambios hormonales que se producen durante la pubertad, un mayor número de factores de estrés en las chicas en esta época de la vida o diferentes formas de afrontamiento.⁶⁸

Según datos estadísticos del 2019, la población total de adolescentes en la provincia Holguín es de 121324 adolescentes para una distribución porcentual de 11.8 % con ligero predominio del sexo masculino, indicador que coincide con la del país. En la provincia de Holguín y en el país existe un ligero predominio del sexo masculino en la adolescencia.⁶⁹

Los autores consideran importante el cumplimiento de las tareas del desarrollo en la adolescencia, entre las que se encuentran acostumbrarse a sus cuerpos y a sus sentimientos en el proceso de maduración sexual, desarrollar y aplicar habilidades de pensamiento abstracto y de adaptación en áreas como: la toma de decisiones, solución de problemas, resolución de conflictos, comprender y expresar experiencias emocionales complejas, alcanzar un nivel de perspectiva más alto frente a las demandas de la vida cotidiana que cuando no se satisface y se une a otros factores de riesgos familiares, escolares y comunitarios favorecen la depresión.

Además, el equipo de investigación considera necesario incrementar el trabajo de promoción y prevención en estos grupos vulnerables, desde los escenarios escolares, fomentando estilos de vida saludables que favorezcan un adecuado afrontamiento a los problemas en este grupo poblacional, para así lograr disminuir este trastorno y sus complicaciones, dentro de ellas la conducta suicida.

Tabla 2. Factores de riesgo, en el nivel personal, según modelo ecológico en pacientes con trastornos depresivos. Hospital Pediátrico de Holguín 2019.

Factores de riesgos	M	F	T	%
Baja autoestima.	49	64	113	58.85
Déficit en habilidades sociales.	43	51	94	48.95
Experiencias de fracaso y actitud crítica.	35	38	73	38.02
Historia de ansiedad.	24	29	53	27.60
Trastornos de conducta y abuso de sustancias.	11	13	24	12.5
Anomalías, discapacidades y enfermedades crónicas.	7	14	21	10.93
Estilo educativo excesivamente estricto.	6	9	15	7.81

N: 192. Un paciente incide en más de un riesgo

Fuente: Historia clínica y Cuestionario

Al analizar la tabla 2, factores de riesgo, en el nivel personal, según modelo ecológico se encontró una mayor incidencia de los trastornos depresivos en los pacientes con baja autoestima con un 58.85%, seguidos de los que presentan déficit en habilidades sociales con un 48,95%. Con menos frecuencia se encontró experiencias de fracaso y actitud crítica e Historia de ansiedad con el 38,02 % y 27,60 % respectivamente.

Múltiples autores ^{70, 71,72} en sus investigaciones coinciden con los resultados de este trabajo al plantear que la autoestima y las dificultades en habilidades sociales constituyen factores de riesgo de los trastornos depresivos, la conducta suicida y otros trastornos mentales.

Los pacientes en edad escolar manifiestan su baja autoestima a través de celos y piensan que los demás niños son mejores que ellos. Los adolescentes se ven como negativamente diferentes de los demás, se sienten en falta o indignos incluso en las situaciones en las que, objetivamente, no se les puede atribuir ninguna culpa, con frecuencia se sienten desamparados, se dificulta la concentración, aparecen sentimientos de desesperanza y se tornan rebeldes e irritables. Todo esto debido a la percepción negativa que tienen de sí mismos y de lo que les rodea. ⁷²

Poseer confianza en sí mismo, tener autoestima, buena autoimagen, tener habilidades sociales para la toma de decisiones y para resolver problemas, desarrollar habilidades para aprender a perseverar o a renunciar cuando sea necesario, ser receptivo a las experiencias ajenas y a las soluciones exitosas, tener una visión positiva del futuro personal y poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre, proporciona una adecuada salud mental, es decir, constituyen factores protectores de la salud mental. ⁷³

Se pudo notar que en los pacientes imperaban los ítems donde manifestaban que sus familias no los comprendían, los presionaban y esperaban demasiado de ellos, además de preferir ser otra persona.

Se considera por el equipo investigador que muchos factores pueden incidir en tal resultado ya que la adolescencia es una de las fases más críticas en el desarrollo de la autoestima, pues en muchos casos los adolescentes poseen un conocimiento insuficiente y distorsionado sobre sí mismos, cuando no se sienten a gusto con sus características físicas y subjetivas; de ahí la necesidad de forjarse una identidad firme y conocer a fondo sus posibilidades como individuo.

Se estima por los autores que los factores de riesgo encontrados en el nivel personal hacen plantear la importancia del tratamiento de los trastornos psiquiátricos, y del seguimiento de los mismos mediante orientación adecuada y métodos psicoterapéuticos dirigidos a *la resolución de problemas, como piedra angular de los mismos*.

Tabla 3. Factores de riesgo, en el nivel relacional, según modelo ecológico en pacientes ingresados por trastorno depresivo.

Factor de riesgo	M	%	F	%	T	%
Dificultades en interacciones familiares	61		93		154	80.20
Dificultades en la socialización	46		56		102	53.12
Conflictos escolares	44		42		86	44.79
Patrones negativos de enfrentamientos	36		42		78	40.62
Trauma y estrés infantil	29		32		61	31.77
Depresión o enfermedad mental familiar	27		21		48	25.00
Eventos vitales estresantes	13		9		22	11.45

N: 192. Un paciente incide en más de un riesgo.

Fuente: Historia clínica y Cuestionario.

Al analizar la tabla 3, factores de riesgo, en el nivel relacional, según modelo ecológico encontramos que la mayoría de los pacientes (80.20 %) presentaron interacciones familiares caracterizadas por: conflictos, rechazo, poco afecto, problemas en la comunicación, pobre apoyo familiar y hostilidad.

De importancia también entre los factores de riesgo relacionales más sobresalientes se encontraron dificultades en la socialización en el 53,12 %, conflictos escolares en el 44,79 % y el 40,62 % presentaron patrones negativos de enfrentamientos, por debajo del 40 % se encontraron entre estos riesgos: el trauma y estrés infantil, la depresión o enfermedad mental familiar y eventos vitales estresantes.

Estos resultados coinciden con ^{74,75} al plantear que dentro de los factores de riesgo ambientales se describe el estrés, que en los niños se produce como una reacción a problemas familiares, como son la discordia entre los padres, falta de comunicación, agresión de los padres, disciplina punitiva. Ambientes con estímulos positivos insuficientes favorecen la presencia de depresión, esto limita

las habilidades sociales y, por consecuencia, disminuye aún más la posibilidad del niño o adolescente de recibir estímulos positivos.

Lo expuesto anteriormente puede generar que los eventos percibidos por el menor sean interpretados con desesperanza y se refuerzan las ideas de ser incapaz de enfrentar las demandas de la vida, distorsionando la idea de sí mismo, del mundo y del futuro.⁷⁶

Investigaciones realizadas por Caballed coinciden con estos resultados.²⁰

En relación a la influencia de la familia en la aparición y manejo de la depresión, Caballed (2015) explica que este comportamiento en los adolescentes está vinculado con el estilo de paternidad que se orienta en el hogar; así, quienes pertenecen a familias con estilos parentales no comunicativos, de negligencia o autoritarismo, son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que cuentan con estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional, en este caso los tipos de cogniciones más frecuentes son la autculpa, la etiquetación, la catastrofización, la reinterpretación negativa y la evaluación negativa asociados considerablemente al estrés vivido.²⁰

En el caso de la sintomatología depresiva como expresión por causa de una disfunción familiar, el manejo de esta se sujeta al manejo de las normas adquiridas en la convivencia, la estructura y sistema familiar, como por ejemplo, si existen o no, todos los miembros de la familia, separación, clima, y el grado de satisfacción familiar.²⁰ (Pardo et al., 2014).

Las influencias familiares y sociales que se dan dentro de las interacciones entre los miembros de estos grupos, configuran que los padres o personas mayores sean los modeladores en la primera infancia; pues éstos a través de sus conductas de imposición y dominación configuran en los hijos pautas agresivas y de miedo, hecho que implica y se exterioriza en las actitudes hostiles y de pesimismo que se acentúan con la tristeza aprendida a lo largo de la vida.⁷⁷

Los niños y las niñas que viven en una familia disfuncional pueden presentar la tendencia a exhibir comportamientos depresivos persistentes, sentido de culpabilidad, vergüenza y ambivalencia hacia los padres. Tienden a intervenir en los incidentes de violencia familiar, para proteger a la víctima.⁷⁷

La falta de comunicación con los padres se manifiesta por un estilo empleado directivo, unidireccional y regulativo, que genera un contraataque por medio de conflictos, discusiones, ofensas, chantajes, manipulaciones, creando malestar y culpa, por lo que son muy pocas las posibilidades de diálogo e intercambio recíproco con el adolescente.⁷⁸

La comunicación familiar se convierte también en un eje fundamental en este sistema; se define por Gallego (2018) como un “proceso simbólico transaccional que se genera al interior del sistema familiar, significados a eventos del diario vivir”, representa un proceso de comunicación diferente de los demás tipos de comunicación, ya que en ella se transmiten sentimientos, emociones y

filiaciones familiares, las cuales permiten a cada miembro de la familia acercarse más entre ellos, establecer acuerdos y vínculos que pueden ser difíciles de quebrantar.²⁰

En Cuba numerosas investigaciones coinciden en que las familias disfuncionales, con interacción violenta, maltrato físico, discordias frecuentes entre sus miembros, quiebra en la parentalidad con graves fallas en la socialización y en la comunicación intrasistémica, son responsables de muchos de los trastornos mentales que aparecen en la infancia y adolescencia.⁷⁹

En la bibliografía revisada se pudo comprobar que varios autores^{80, 81} responsabilizan la falta de comunicación adecuada como generadora de conflictos familiares o el empleo de una comunicación amorfa en las relaciones interpersonales con los adolescentes y la problemática de la depresión y el suicidio.

Diversos estudios^{82,83} evolutivos indican que muchos problemas de adaptación social pueden estar asociados a la calidad de las relaciones de la primera infancia, y es que sin duda este es un periodo crítico para el aprendizaje de habilidades sociales.

En el municipio de Holguín desde el año 2014 se están realizando investigaciones desde el escenario escolar para prevenir la conducta suicida y dentro de los principales factores de riesgo se encuentra la depresión, de forma mayoritaria con cifras por encima del 88% y prevalece la disfunción familiar. Estos escenarios escolares pertenecen a las secundarias básicas “Juan José Fornet”, “René Ibarra”, “Blas Soler Ledea”, y “Alberto Sosa González”.^{70, 71, 72,83, 84,85}

El equipo investigador considera que la identificación de los factores de riesgo relacionales es tarea vital desde la atención primaria de salud pues todos se pueden prevenir, atenuar o eliminar, por lo que su identificación es imprescindible. En contraposición, los factores protectores que falten se pueden revelar o fomentar, basados en el conocimiento, la promoción, la prevención y el nivel de preparación para afrontar los conflictos.

Tabla 4. Factores de riesgo, en el nivel comunitario, según modelo ecológico en pacientes ingresados. Hospital pediátrico de Holguín, 2019.

Factores de riesgos	M	F	T	%
Dificultades para la recreación sana	65	89	154	80.20
Condiciones socioeconómicas inadecuadas	61	76	137	71.35
Uso inadecuado de dispositivos tecnológicos	45	37	82	42.70
Dificultades con la intersectorialidad	28	21	49	25.52
Ausencia de redes de apoyo	23	17	40	20.83

N: 192. Un paciente incide en más de un riesgo.

Fuente: Historia clínica y Cuestionario

En la tabla 4, al analizar la influencia de los factores de riesgo comunitarios predominan en la mayoría (80.20 %) las dificultades para la recreación sana, las posibilidades reales no responden a gustos e intereses y esto influye en sus estados de ánimo. Resultados similares, con un 71.35 %, presentan la percepción de las condiciones socioeconómicas inadecuadas y, menos importante -se señala a pesar de que representa solo el 42.70 %-, el uso inadecuado de dispositivos tecnológicos como influencia de la era moderna. La mayoría de los factores identificados guardan relación con las necesidades de recreación, condiciones socioeconómicas y usos inadecuados de las tecnologías.

Coincide con estos resultados Galende E cuando plantea que la pobreza cultural resultante de la aculturación, influencia de modelos de vida de los países considerados ricos (por los economistas), es constatada como un memoricidio cultural.⁸⁶

Aumento de ingresos y consumo no es comprobación de evolución, tampoco la mimetización de las costumbres que abortan los valores de la cultura local y de las costumbres sociales. La dependencia se hace más fuerte, hay una especie de colonialismo sin alardes, consentido, que interfiere en la vida cotidiana, dictando costumbres ajenas y enajenantes, medicalizándose la vida, psicologizándose la conducta, comercializando la existencia e intoxicándose la mente.⁸⁶

Francis D.D en su artículo en el Pediatrics (2016) también coincide cuando plantea que: los procesos biológicos, psicológicos y sociales interactúan e influyen en la salud y vulnerabilidad a la enfermedad, donde no escapa la depresión.⁸⁷

Varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión ^{88, 89}. Sin embargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental.⁹⁰

Recientes estudios ^{91,92} de mecanismos epigenéticos moleculares demuestran que el genoma está sujeto a regulaciones por los contextos que lo rodean, citoplasmático, celular, orgánico y social. Los procesos epigenéticos pueden dar el eslabón perdido que nos permita entender cuánto las condiciones sociales y políticas, a lo largo de las experiencias individuales subjetivas, pueden directamente alterar la expresión del gen y de igual manera contribuir a observar las desigualdades sociales en la salud.

En la actualidad, países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido basan sus esfuerzos en la creación de centros especializados, no solo en el tratamiento y prevención de estados de depresión y posterior desencadenamiento suicida, sino también en búsqueda de evidencia sobre cómo poder intervenir de una mejor manera sobre los factores desencadenantes tanto a nivel social como biológico. Por otro lado, en países como Holanda, el abordaje de la persona se realiza de manera más integral, promoviendo adicionalmente espacios de desarrollo y reinserción dentro de la comunidad.⁹³

El uso inadecuado de dispositivos tecnológicos lleva a una reacción adictiva comportamental que produce trastornos mentales; donde se encuentra que la depresión tiene una alta incidencia, fundamentalmente en los adolescentes de personalidad vulnerable, aquellos con una estructura familiar débil y pobres relaciones sociales. Por presión del grupo y el estrés, las TIC son vistas como un escape a los problemas, sobre todo a la carencia afectiva. Existen varias investigaciones que demuestran una fuerte asociación entre el abuso de las TIC y la depresión.⁹⁴

El equipo investigador considera que en las investigaciones sobre depresión es vital manejar el criterio ecológico, planteado por OMS desde finales del siglo pasado; es decir, hay que involucrar el entorno inmediato, familiar, comunitario, medios de información y las actitudes del afectado y sus cercanos, establecer políticas de cambio desde la misma comunidad, plantear centros de educación escolar superior y autoridades locales, como forma de manejar toda información referida a educación y salud, ampliándose así las posibilidades de prevención e intervención efectiva.

El contexto en que esté situado el niño y el adolescente, determinará en gran medida el curso de su desarrollo y con ello de su salud. La efectividad de los programas establecidos está dada, en gran medida, por el grado de integración social que se logre.

Promover la multisectorialidad e intersectorialidad mediante el trabajo conjunto con las familias, las comunidades, las instituciones educativas, de recreación y laborales en la prevención y atención de la depresión, y con ella de los trastornos mentales, es una necesidad si se quieren implementar intervenciones integrales e integradas y obtener los resultados deseados.

Estos resultados parciales sobre la depresión infantil permiten plantear que, aunque en la génesis de los trastornos depresivos interactúan múltiples factores que muchas veces están presentes desde la infancia temprana, tienen gran peso en su desarrollo los factores de la esfera relacional en conjunto con los personales, donde podemos actuar en los distintos niveles de atención de forma preventiva. Es necesario trabajar desde la promoción y prevención hasta el diagnóstico y tratamiento adecuado desde edades tempranas de la vida.

Tabla 5 Diagnóstico Psiquiátrico en los pacientes estudiados según DSM5. Hospital Pediátrico de Holguín

Diagnósticos	No	%
Trastorno depresivo mayor.	53	27.60
Otro trastorno depresivo no especificado	47	24.48
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.	36	18.76
Trastorno depresivo debido a afección médica.	21	10.93
Trastorno disfórico premenstrual.	18	9.38
Trastorno depresivo inducido por sustancia.	14	7.29
Trastorno depresivo persistente	3	1.56
Total	192	100

Fuente: Historia clínica

La tabla 5 muestra los diagnósticos psiquiátricos que presentaron los pacientes ingresados, donde el diagnóstico que predominó fue el Trastorno Depresivo Mayor con un 27.60 %, seguido de Otro Trastorno Depresivo no Especificado con un 24,48 %. El 18,76 % de los pacientes presentaron un Trastorno de Desregulación Destructiva del Estado de Ánimo y sólo el 10,93 % presentó el trastorno debido a afección médica. Estos resultados coinciden con múltiples investigaciones las cuales se describen a continuación.

Si bien existen múltiples estudios sobre diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, son escasos los realizados en la población infantil y adolescente; además sus resultados son variables debido fundamentalmente a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, donde las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto, y por las diferencias en los estudios respecto al tamaño muestral, criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas.⁹⁵

Aunque la depresión mayor es relativamente frecuente y supone un problema de salud debido a la discapacidad y alteración de la calidad de vida que genera, se infradiagnostica con frecuencia en la infancia y la adolescencia. Además, es conocida la variabilidad en su manejo, con diferentes actitudes terapéuticas, de derivación o de seguimiento.⁹⁶

Estudios realizados han encontrado que en niños y adolescentes tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, el diagnóstico de Depresión Mayor fue del 28%.¹⁰¹ Otro estudio similar se realizó en niños y adolescentes que estaban en régimen de ingreso hospitalario y el diagnóstico fue de un 59%.⁹⁷

Aproximadamente un 5%, o uno de cada 20 niños y adolescentes, tendrán un episodio depresivo antes de cumplir los 19 años. Aun así, la realidad es que menos de la mitad de estos niños reciben un tratamiento adecuado. Los estudios muestran que los padres suelen subestimar seriamente la intensidad de la depresión de sus hijos.⁹⁸

Las principales dificultades en la individualización de esta afección se ubican en el campo del diagnóstico ya que este se realiza en base a criterios muy diversos. Esta disparidad da como resultado el que se cataloga como depresivo a un grupo muy heterogéneo de niños, lo que hace casi imposible comparar diferentes poblaciones de pacientes y efectividad de los tratamientos.⁹⁹

En Australia, un estudio realizado en una muestra comunitaria de niños y jóvenes entre 4 y 17 años (N= 6310), basándose en la información aportada por sus padres y cuidadores encontró una prevalencia de episodio depresivo mayor, según el DSM-IV, en el último año de un 1.1 % en los niños entre 4-11 años (prácticamente igual en niños que en niñas) y de un 5 % en los jóvenes entre 12-17 años (más frecuente en las chicas: 5,8 %, que en los chicos: 4,3%); sin embargo, en los jóvenes de entre 11 y 17 años dicha prevalencia aumentó desde un 4,7 % con la información

obtenida por los padres hasta un 7,7 %, cuando se basó en la aportada por los propios adolescentes, incrementándose tanto en los chicos como, especialmente, en las chicas (de un 3,7 % a un 4,5 % en los primeros, y de un 5,7 % a un 11 % entre ellas).¹⁰⁰

En Europa, los datos del estudio *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), que incluyó 11 países con una muestra total de 12 395 adolescentes, mostraron una prevalencia de depresión (BDI-II de 20 o más) entre un 7,1 % y 19,4 % (Hungría: 7,1 %, Austria: 7,6 %, Rumanía: 7,6 %, Estonia: 7,9 %, Irlanda: 8,5 %, España: 8,6 %, Italia: 9,2 %, Eslovenia: 11,4 %, Alemania: 12,9 %, Francia: 15,4 %, Israel: 19,4 %) ¹⁰¹.

Un aspecto importante es que la presencia de síntomas depresivos en preadolescentes (7-12 años) es un fuerte predictor de depresión en el adolescente. En este sentido, algunos autores consideran que la prevalencia de depresión entre preadolescentes (0,5 %-2 %) podría estar subestimada al no incluir a aquellos que no cumplen con todos los criterios diagnósticos.¹⁰²

Diferentes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto un posible infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión en un elevado porcentaje de niños y adolescentes. Estudios realizados en EE.UU. muestran que sólo el 50% de los adolescentes con depresión se diagnostican antes de llegar a la edad adulta y que dos de cada tres jóvenes con depresión no se detectan en atención primaria.^{103,104}

Para la indicación de investigaciones complementarias en la depresión de niños y adolescentes se tuvieron en cuenta experiencias contextuales e internacionales tomándose las de mayores evidencias científicas y mejores resultados según valoración del equipo investigador.

Terminada la fase de elaboración de la GPC, se da paso a la tercera parte de la investigación y al cumplimiento del objetivo correspondiente con el diseño de la GPC, de la cual se hace su propuesta.

GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS EN UIC.

Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, 2020

Nombre y Código:

Definición.

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga que empobrece la calidad de vida y genera dificultad en el entorno familiar, laboral, estudiantil o social de quienes lo sufren.

La esencia del trastorno depresivo es:

- Presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable
- Disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las dos últimas semanas.
- Acompañan a las características anteriores 5 de los siguientes síntomas:
 - Pérdida de peso.
 - Insomnio.
 - Enlentecimiento/agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad/culpa.
 - Dificultades para pensar/concentrarse/decidirse.
 - Pensamientos recurrentes de muerte/suicidio.
- Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en el niño o el adolescente.

La depresión en el niño y en el adolescente se diferencia de la del adulto. En relación con la edad, el sexo, la presencia o ausencia de comorbilidad médica o psiquiátrica. Se comporta de acuerdo con las características de la etapa evolutiva que atraviesa el niño.

III. Factores de riesgo y protectores, según enfoque ecológico.

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno complejo con múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como ambientales, que interactúan entre sí y pueden tener efecto acumulativo. Algunos de ellos predisponen a su padecimiento, mientras que otros pueden actuar como factores desencadenantes y/o de mantenimiento del trastorno. Estos factores de riesgo están descritos en el marco teórico y en anexos.

Factores protectores reducen la probabilidad de depresión.

Los factores internos radican en la persona y dentro de ellos tenemos la estima, seguridad y confianza en sí mismo, la facilidad para comunicarse y la empatía, entre otros, constituyen aquellos conocidos como factores externos, ubicados en distintos escenarios como la familia y la comunidad, y las condiciones del medio, que actúan reduciendo la probabilidad de daños, como lo son la familia funcional, apoyo de un adulto significativo, o adecuada integración social y laboral.

Se pueden enumerar algunos factores protectores que contribuyen al comportamiento adecuado.

-Poseer relaciones sociales sólidas, sobre todo con familiares y amigos.

-Poseer una relación de pareja estable.

- Poseer un *locus* interno de control.

- Inteligencia dentro de límites normales.
- Habilidad para comunicarse.
- Poseer flexibilidad en las características de personalidad.
- Tenencia de una espiritualidad y autoestima positivas.
- Predominio de buen humor, determinado por la capacidad de reír.

Es cierto que no hay un ambiente absolutamente seguro, porque ningún adolescente es del todo invulnerable a la sociedad moderna, pero es muy difícil ver en ellos conductas de riesgo cuando logran una adecuada autonomía, sentido de competencia, de pertenencia a una familia y un orden social estable.

Para elevar la calidad de vida de los adolescentes es necesario prepararlos para enfrentar de forma adecuada situaciones adversas, reforzar sus factores protectores -es decir, desarrollar su capacidad de resiliencia-, teniendo como efecto una reducción en su vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo.

Durante el curso de la enfermedad, si el adolescente no es correctamente tratado, podrá encaminarse hacia la cronicidad, con recurrencias y con el grave peligro que conlleva el intento de suicidio y el suicidio en personas con depresión.

Cuadro clínico.

Signos y síntomas de detección.

Tristeza patológica; es decir, excesiva en intensidad y en duración, que no se puede entender por el contexto social en que aparece y que incapacita al niño para desarrollar las tareas habituales. La presencia de ideación de suicidio acompañada o no de planes específicos. Algunas características específicas a tener en cuenta son:

En niños.

Más síntomas de ansiedad (fobias, ansiedad de separación), más quejas somáticas y alucinaciones auditivas. Irritabilidad episódica y rabietas. Menos delirios y menos conductas suicidas que en los mayores.

En adolescentes.

Más trastornos del sueño y del apetito, ideas deliroides, pensamientos y actos suicidas.

Más problemas de conducta y menos síntomas neurovegetativos (comparados con los adultos).

- Depresiones subclínicas, que se expresan por: desmayos, cefaleas, dolor torácico o abdominal, cansancio físico o decaimiento, anorexia, trastornos del sueño, etc., y que son frecuentes en la adolescencia.

V. Diagnóstico.

Descrito en diseño metodológico según DSM-V.

VI. Exámenes auxiliares.

Descritos en diseño metodológico.

VII. Manejo, según nivel de complejidad y capacidad resolutive.

Importante recordar que:

El enfoque del tratamiento está en dependencia de:

- Nivel de funcionamiento neurótico o psicótico.
- Edad del paciente.
- Si se trata de un primer episodio o tiene antecedentes del trastorno personales o familiares.
- Gravedad, si existen componentes motores o si sufre de alguna otra condición médica que agrave su cuadro clínico.
- Los objetivos del tratamiento son: suprimir síntomas, prevenir las complicaciones, evitar las recidivas, mejorar la calidad de vida y minimizar los efectos adversos de los medicamentos.
- No se han encontrado diferencias en cuanto a eficacia entre los diferentes antidepresivos y la elección de uno y otro dependen del perfil de seguridad y del costo que represente su uso para el paciente y para el sistema.
- El tratamiento con antidepresivos no se recomienda en la depresión leve.
- La duración de la terapéutica debe ser al menos 6 meses a partir de la mejoría de los primeros síntomas y la suspensión de la terapéutica debe ser gradual para minimizar los síntomas de retirada.
- No se deben realizar combinaciones de antidepresivos pues no aumentan la eficacia y si los efectos adversos.

- Como los antidepresivos demoran entre 2 y 3 semanas para comenzar su efecto terapéutico, debemos seleccionar un antidepresivo de uso intramuscular en las depresiones moderadas y graves, siempre asociado a antidepresivo vía oral. De no ser inminentemente necesario no prolongar la vía IM por más de una semana.

-Tener presente los antecedentes patológicos personales antes de iniciar terapéutica antidepresiva (patologías renales, hepáticas, neurológicas, cardiovasculares, hematológicas...), evaluar riesgo beneficio.

En **depresión y embarazo** con funcionamiento neurótico, evaluar primero respuesta a través de la psicoeducación, evitar antidepresivos dentro de lo posible, de lo contrario iniciar con la dosis más baja. Evaluar riesgo beneficio.

En **reacción de duelo** por pérdida de un ser querido en un tiempo menor de 2 meses no tratamiento biológico, no terapia Cognitiva Conductual. **Solo Psicoterapia de apoyo apropiada al duelo** y brindar mecanismos para una adaptación culturalmente.

En **depresiones neuróticas leves** con red de apoyo y habilidades sociales, lo más importante es la psicoeducación, terapias de resolución de problemas con sesiones 3 veces por semana con una duración de 1 hora por 12 semanas.

Tratamiento según la especificidad de la Depresión.

- Depresión sin otros síntomas asociados: Antidepresivos tricíclicos o ISRS.

- Depresión y ansiedad: Antidepresivos + ansiolíticos (Alprazolam, Clonazepam, Diazepam). Tratar primero la depresión pues los antidepresivos tienen acción ansiolítica y además las terapias psicológicas ayudan.

- Depresión con predominio de rumiaciones obsesivas: ISRS.

- Depresión psicótica: Antidepresivo + Neuroléptico. Comenzar por Neurolépticos típicos (Haloperidol, Trifluoperazina), si no mejora atípicos (Quetiapina, Risperdal, Olanzapina). Si no mejora TECAR.

En los pacientes con depresiones neuróticas.

Los fármacos recomendados son:

- Imipramina: ampulas de 25 mg por vía intramuscular o tabletas de 25 mg por vía oral, dosis inicial de 10mg al día con incrementos graduales de 30 a 50 mg/día en dosis fraccionadas, hasta un máximo de 100 mg al día. Dosis: 0.2 a 5 mg/kg/día.

- Amitriptilina: tabletas de 25 mg por vía oral. En dosis en Niños de 6 a 12 años: a razón de 10 a 30 mg en 2 subdosis. Adolescentes: dosis inicial de 10 mg por vía oral, 3 veces/día y 20 mg antes de acostarse; dosis máxima: 100 mg/día. Dosis: 0.3 a 0.7mg/kg/día.

La respuesta se aprecia entre la segunda y la cuarta semana. El tratamiento se mantiene de 4 a 6 meses. Para cambiar el tratamiento esperar 4 semanas sin respuesta a terapéutica.

Otros medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se recomiendan porque tienen menos efectos colaterales que los anteriores y se reportan buenos resultados:

- Sertralina, tabletas de 25, 50 y 100. Dosis: En niños a partir de los 6 años iniciar con 25 mg al día y aumentar si necesario a la semana a 50 mg. Dosis máxima en adolescentes de 100 mg / día.

En los pacientes con depresiones psicóticas debe usarse un antipsicótico asociado al antidepresivo seleccionado. Se recomienda uno de los siguientes:

- Haloperidol, tabletas de 1,5 mg y 5 mg en dosis de 0.1 a 0.5mg/g/día.

- Trifluoperazina, tabletas de 1 y 5 mg. Dosis de 0.1 a 0.7 mg/kg/día. Dosis máxima: de 15 a 20 mg/día.

- Risperidona, tabletas de 3mg. Suspensión de 5mg-5ml. Dosis de 0.5 mg a 1mg/día. Dosis máxima de 6mg/día.

- Quetiapina o Seroquel, tabletas de 200mg. Solo en adolescentes, iniciar con 25mg/día e ir aumentando cada 4 días. Dosis máxima de 750 mg/día.

- Olanzapina, tabletas de 5 y 10 mg. En adolescentes dosis inicial de 2,5 mg/día y dosis máxima de 40mg/día.

Siempre esperar entre 11 y 21 días para evaluar que no hay respuesta, recordando disminuir gradualmente el neuroléptico mientras se introduce uno nuevo, así como disponibilidad del fármaco, fundamentalmente en la continuidad del tratamiento.

En un **primer brote** debe permanecer el tratamiento entre **6-12 meses**.

Más de un brote mantener el tratamiento de **1-3 años**.

Criterios importantes en el tratamiento.

Episodio: Existe sintomatología y se cumplen los criterios diagnósticos de depresión.

Depresión resistente: estado depresivo que no mejora a pesar de 2 ensayos terapéuticos bien realizados y con dos tipos diferentes de antidepresivos.

Remisión: con pocos síntomas o sin síntomas depresivos más de dos semanas y menos de dos meses. Es parcial si hay mejoría del cuadro clínico pero aún persisten algunos síntomas sin cumplir criterios diagnósticos y es completa cuando el paciente está libre de síntomas.

Recaída: un episodio depresivo cuando se estaba en la fase de remisión.

Recuperación: Ausencia de síntomas significativos de depresión (no más de 1 o 2 síntomas), más de dos meses.

Recurrencia: aparición de un nuevo episodio depresivo durante el periodo de recuperación.

En esta guía de forma objetiva solo se utilizaron los medicamentos que existen en nuestro cuadro básico de medicamentos. En Anexos se amplía la información.

Valorar la necesidad de ingreso en función de:

- Riesgo de suicidio.
- Dudas diagnósticas.
- Gravedad.
- Resistencia a tratamientos previos.
- Presencia de ideación delirante (nihilismo).
- Incapacidad del paciente de alimentarse.
- Historia de síntomas que progresan rápidamente.
- Ruptura de sistemas de apoyo.

Tratamiento básico del paciente con trastorno depresivo.

Diagnóstico correcto de la depresión.

Selección del fármaco antidepresivo.

Psicoterapia cognitivo-conductual.

Valorar situaciones especiales como: enfermedades orgánicas, edad.

Asociaciones farmacológicas útiles.

Considerar cambio de fármaco, respetándose siempre los criterios establecidos.

- ✓ Suspensión de la medicación.

- ✓ Tratamiento preventivo o de mantenimiento.
- ✓ TEC.

VIII. Complicaciones.

En los niños y adolescentes, la depresión tiene un gran impacto negativo sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico, con remisiones y recurrencias. Aunque la mayoría de los episodios depresivos remiten en unos meses (7-9 meses de media en pacientes derivados para atención clínica, pero pueden ser menos en muestras comunitarias no clínicas), la frecuencia de recurrencias es alta (un 40 % en los primeros dos años y de alrededor del 50 % a los 5 años), y también la continuidad en la edad adulta (hasta el 60 %). Las posibilidades de recurrencia son mayores si el episodio depresivo inicial es grave, si existen comorbilidades, si ha habido episodios previos, si no hay respuesta al tratamiento inicial o es parcial, y si existen factores individuales o familiares de riesgo.

Conductas suicidas.

Aparecen complicaciones por efectos de la terapéutica.

IX. Criterios de referencia y contrarreferencia.

Criterios de referencia:

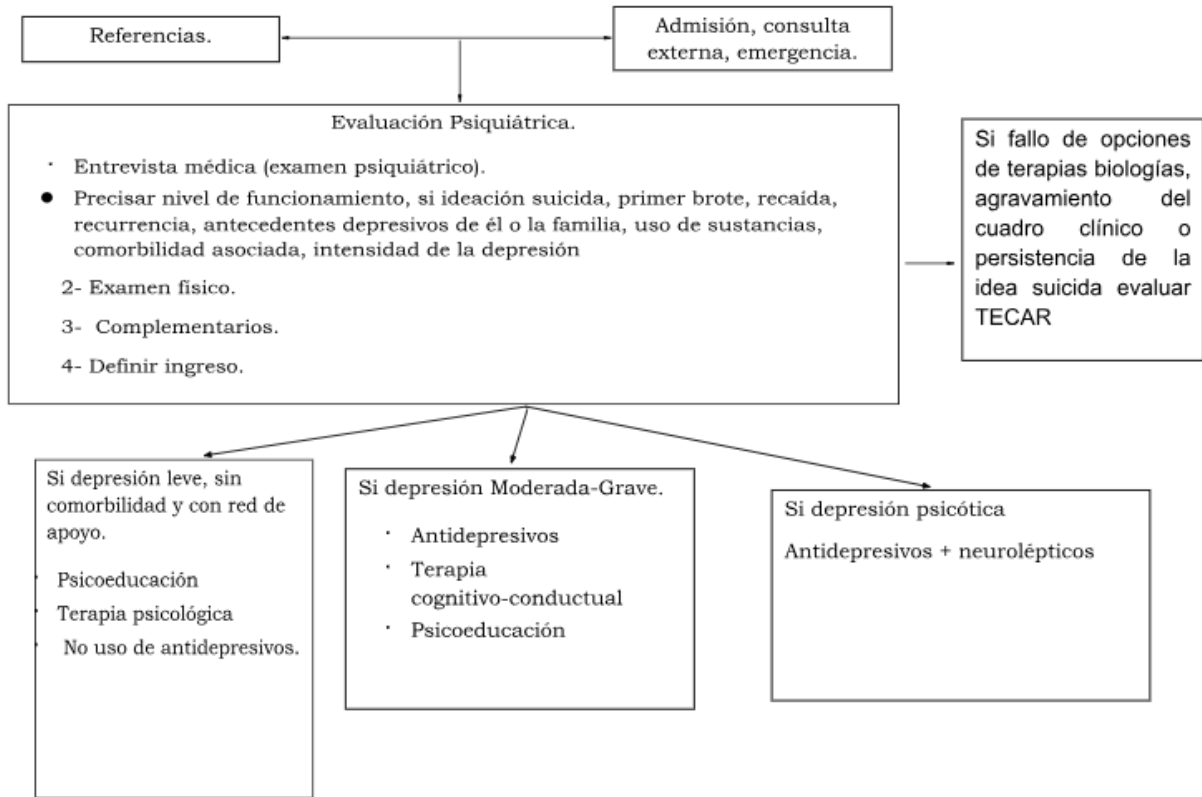
- Paciente con depresión que independientemente de la intensidad de la misma presente cualquier espectro de la conducta suicida.
- Ausencia de red de apoyo.
- Depresión con funcionamiento psicótico.
- Recaída o recurrencia.
- Efectos adversos de la terapéutica.

Criterios de contratransferencia:

- Evolución favorable del cuadro clínico.
- Existencia de una interrelación APS y atención secundaria sólida que facilite su seguimiento.

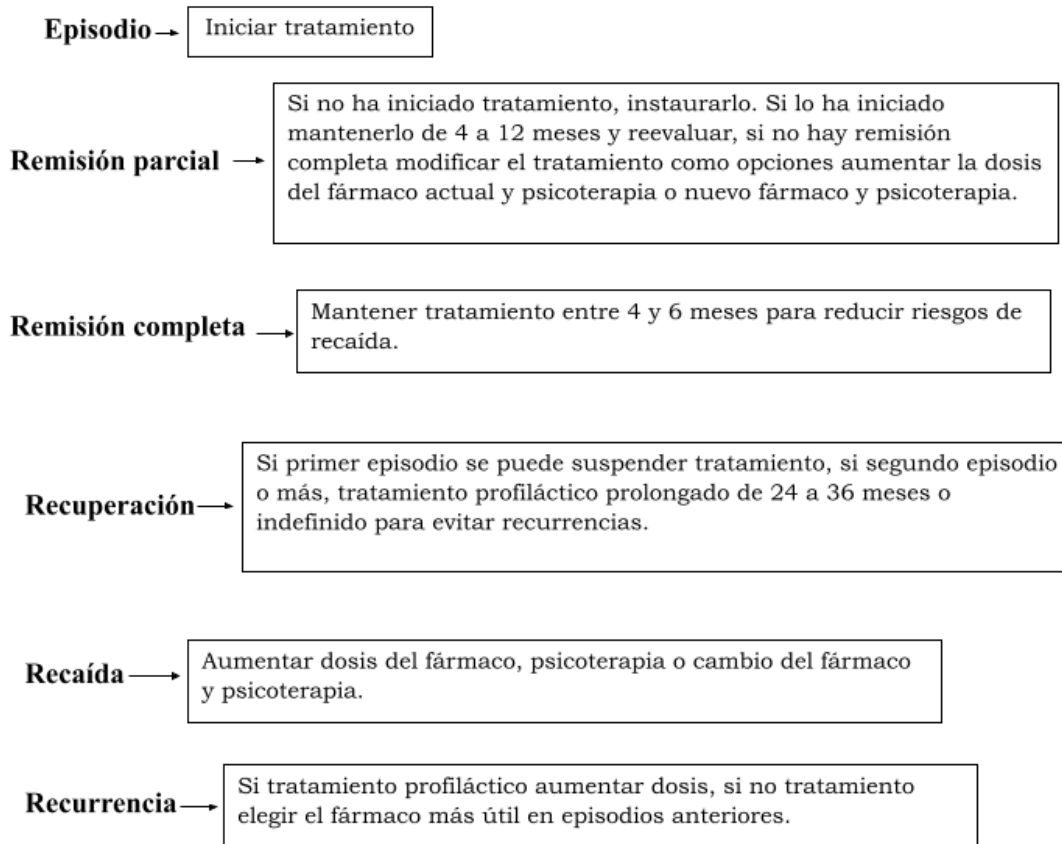
X. Flujogramas.

1-Flujograma de atención a pacientes con depresión en el nivel II.



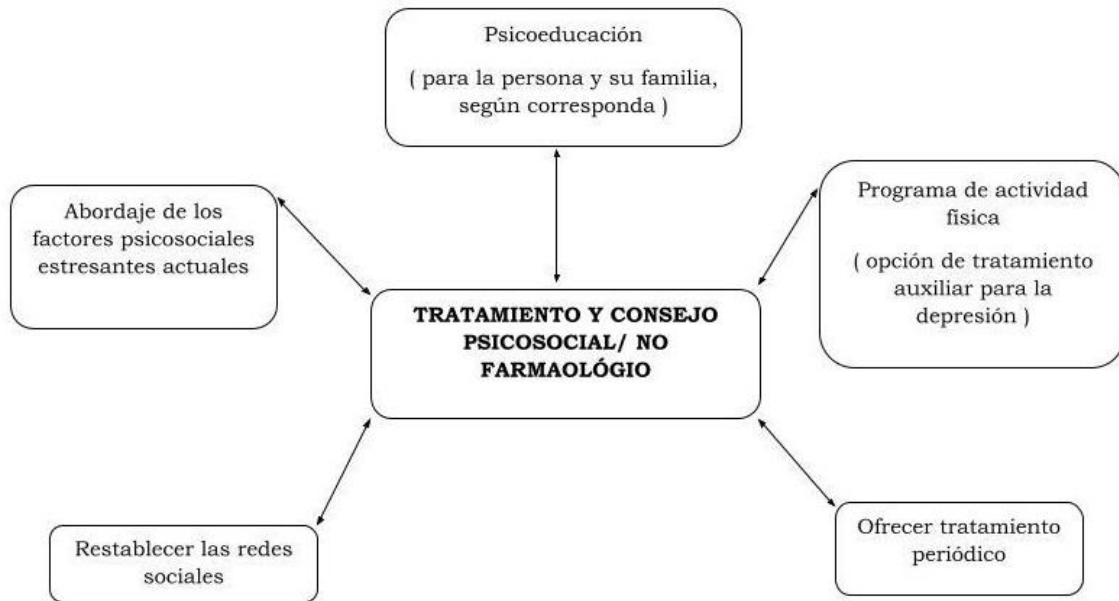
Fuente: unidad de criterios de especialistas en talleres de socialización teniendo en cuenta las evidencias científicas existentes.

2- Flujograma del curso clínico de la depresión y planteamientos terapéuticos.



Fuente: unidad de criterios de especialistas en talleres de socialización teniendo en cuenta las evidencias científicas existentes.

3- Tratamiento y consejo psicosocial no farmacológico.



Fuente: unidad de criterios de especialistas en talleres de socialización teniendo en cuenta las evidencias científicas existentes.

Conclusiones

- En la caracterización de niños y adolescentes ingresados por depresión se encontró que la mayor demanda se produjo en adolescentes del sexo femenino, en los grupos de edades de 13-15 años, seguidos de los de 16-18 años.
- Los factores de riesgo con mayor frecuencia identificados según modelo ecológico estuvieron en el nivel relacional, con interacciones familiares inadecuadas, dificultades en la socialización y conflictos escolares. Mientras en el nivel personal se encontraron la baja autoestima y las dificultades en habilidades sociales, en interrelación con factores de riesgo comunitarios como necesidades de recreación insatisfechas, condiciones socioeconómicas inadecuadas y uso inadecuado de dispositivos tecnológicos.
- La Depresión Mayor y el Trastorno depresivo no especificado prevalecieron como diagnósticos.
- La revisión documental, en adición a la caracterización clínico epidemiológica utilizada como diagnóstico puesto a disposición del equipo investigador, fueron el punto de partida para la elaboración de sesiones de trabajo como talleres interactivos y constructivos en el diseño de la Guía de Práctica Clínica y a partir de la misma se estableció algoritmo de trabajo, favoreciéndose la unidad de criterios sin dejar de tener presente la individualidad en cada paciente y del juicio clínico de los profesionales.

Referencias

- 1- Zarragoitia Alonso Ignacio. Depresión. Generalidades y particularidades. Editorial Ciencias Médicas. Citado 5 septiembre 2017. La Habana 2011. Disponible en <http://rinconmedico.me/depresion-generalidades-y-particularidades-ignacio-zarragoitia-alonso.htm>
- 2- Rey J, Bella-AwusahTolulope T, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. En: Joseph M. Rey. Mood disorders E1 Depression in children and adolescents [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. [citado 12 ene 2017] [pp 1-36]. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf>.
- 3- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2017; 60:837-44.
- 4-Norberto Aldo Conti, *Historia de la Depresión. La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX*, Buenos Aires, Polemos, 2007, ISBN 978-987-9165-81-2.
- 5- Barrionuevo, J (2016). Adolescencia. Clínica psicológica y psicoanalítica institucional. Salud Mental en niños, adolescentes y familias. Del hospital ediciones. Buenos Aires: Argentina.
- 6- Caballero, M (2018) .Neurobiología de la Depresión. Modelos. La Habana, Cuba.
- 7- Salmerón, M. (2015). Influencias de las TIC en la salud del adolescente. Adolescere. Revista de formación continuada de la sociedad Española de Medicina de la Adolescencia.
- 8- Marissa J, Gozzer M, Isabel S. Sintomatología depresiva y estilos parentales en niños del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.
- 9- Dra. Lourdes Zelaya de Migliorisi. Depresión Infanto Juvenil: Un desafío profesional complejo. [Http://dx.doi.org/10.18004/ped.2016.agosto.107-108](http://dx.doi.org/10.18004/ped.2016.agosto.107-108)
- 10- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. El suicidio en los adolescentes [Internet]. 2015 [citado 14 Oct 2019]. Disponible en: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-Suicidio-en-los-Adolescentes-010.aspx.
- 11- Siabato-Macías, E. F., Forero-Mendoza, I. X. y Salamanca-Camargo, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento psicológico*, 15(1), 51-61. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS
- 12- España. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Ministerio de sanidad, política social e igualdad - guías de práctica clínica en el sns: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Madrid: MSPSE; 2011 [citado 2 Jun 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/gpc/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_vol1_compl.pdf.

- 13- Del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. Rev. Med Hosp Gen Méx. 2013 [citado 7 Jun 2017]; 76(4):200-209. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>.
- 14- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.psicoactiva.com/pintr/plan.htm>
- 15- Jim Lagopoulos; Enfermos con depresión recurrente tienen un hipocampo más pequeño. Instituto del Cerebro y Mente de la Universidad de Sídney, proyecto ENIGMA. Publicado en la revista [*Molecular Psychiatry*](#). 2015.
- 16- Organización Panamericana de la Salud, OPS. Guía de Intervención mhGAP. Disponible en: <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>. [Consultado el 14 de febrero de 2017].
- 17- Reyes Caballero N. Urgencias en Psiquiatría Infantil, Hospital “Juan Manuel Márquez”. Rev. Hosp Psiqui Habana, enero-abril/ 2011.
- 18- Huarcaya Bandini, Rossana. El modelo ecológico para la atención integral de los jóvenes. Organización Panamericana de la Salud. 2010. [Consulta: 2/09/18].
- 19- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. Provincia Holguín: MINSAP; 2017.
- 20- Grupo de trabajo de la actualización de la 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.
- 21- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2015. Informe N°.: I+CS N° 2015/01.
- 22- González-Forteza C, Rivera-Heredia ME, Jiménez-Tapia A, Wagner F. Depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán, usando la versión revisada de la CES-D. Salud Ment. 2015; (en prensa).
- 23- Kramer, Peter D. (2006). *Contra la depresión*. Barcelona: Seix Barral.
- 24- Arnoux, Dominique J. (2000). *Melanie Klein*. Madrid: Biblioteca Nueva. ISBN 84-7030-885-8.
- 25- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Publica Mex 2016; 46(5):41 7-423
- 26- OPS/OMS. CIE 10: clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª. Revisión. Ginebra: OMS; 1992.

- 27- Otero, Ojeda, A.A: Ubicación de los Trastornos Depresivos Según los Criterios del GC-2 y el DSM-III. Encuentro Regional de la A.P.A.L. Habana, 1991.
- 28- Otero, Ojeda A.A; et al. Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (GC-3).3ra.ed.Hospital Psiquiátrico de la Habana.2001.
- 29- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III). Washington: Americam Psychiatric; 1980.
- 30- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4ta ed. Washington: Americam Psychiatric; 1994.
- 31- López-Ibor, J (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. España: Barcelona.
- 32- Manual de Salud Mental Infantil y Adolescentes de la IACAPAP. Cap E4. Trastorno del ánimo. Suicidio y Conducta autolesiva. Edition 2018 2-5
- 33- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 34- National Institute for Health and Care Excellence. Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care 2005 [citado 05 may 2015]. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG28.G>
- 35- Stockings E, Degenhardt L, Lee YY, Mihalopoulos C, Liu A, Hobbs M, et al. Symptom screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. J Affect Disord. 2017; 174:447-63.
- 36- Reynoso Carreño C. Proyecto de vida enfoque humanista para la prevención de consumo de drogas en adolescentes que presentan depresión y ansiedad de la Unidad Educativa de Jadán 2018. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8296>
- 37- López, M; González, N; Andrade & Oudhof, H (2017). Depresión en Adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Mental (35).
- 38- Cabrales Nevárez, J. (2016). El abordaje de la depresión desde distintos marcos conceptuales psicológicos. Universidad Autónoma España de Durango. México.
- 39- Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2018). [*«Manual de terapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad»*](#). Buenos Aires: Polemos. ISBN 978-987-649-028-3.
- 40- Cerón Souza C. Los determinantes sociales de la salud. Rev. Gerencia Polit Salud. [Artículo en Internet].2009 Sep. [Consultado 2017 Marzo 25]; 8(17): 69-79.Disponible desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>.

- 41- Ceballos-Ospino GA. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary. 2015 [citado 20 Mayo 2017]; 12(1):15-22. Disponible en: <http://www.revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394>
- 42- Adolescencia. OPS/OMS llaman a que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes para evitar muertes y mejorar su salud. Temas de Salud [Internet]. 2014 [citado 23 Enero 2019]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/adolescencia/tag/mortalidad/>
- 43- OMS. DIA MUNDIAL DE LA SALUD 2017. HABLEMOS DE LA DEPRESIÓN [Internet]. [Citado 23 enero 2019]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9400cc4c-15df11e7-89f2-7df1fbe6b613&idCarpeta=38014291-aa5d-11dd-b41b-89eb02602ac7>
- 44- Borrás Santiesteban Tania, Reynaldo BorrásAymee, López Domínguez Marcial. Adolescentes: razones para su atención. CCM [Internet]. 2017 Sep [citado 9 enero 2019]; 21(3): 858-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300020&lng=es.
- 45- Echeburúa, E & Corral, P (2016). Adicción a las nuevas tecnologías y las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. Adicciones (22.2) 91 -96
- 46- Gonzales Forteza, C; et al. Depresión en adolescentes un problema oculto para la Salud Pública y la práctica clínica. Hospital Infantil de México. [Internet]. [Citado 18 Mayo 2015]. 72 (2) ,149-155. Disponible en: www.elsevier.es/bmhim.
- 47- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2019.
- 48- Aláez M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes: su relación con la edad y el género. Psicothema. 2017; 12(4):525-32.
- 49- Goñi Sarriés A, Fernández Montalvo J, Landa N, García de Jalón E. Prevalencia de psicopatología infanto-juvenil en un centro de salud mental en Navarra. Anales de Psiquiatría. 2009; 25(5):237-45.
- 50- Navarro-Pardo E, Meléndez J, Sales A, Sancerni M. Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. 2015; 24(3):377-83.
- 51- Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensamiento Psicológico, Vol15, No1, 2017, pp.52. Citado 10 septiembre 2017. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n1/v15n1a04.pdf>
- 52- García-Vera M, Sanz J. Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta. Madrid: Pirámide; 2016.
- 53- Sandoval-Ato R, Vilela-Estrada MA, Galvez-Olortegui J. Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2017 Oct [cited 2019 Jul 2]; 33(4):1-5. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129285153&lang=es&site=ehost-live>

- 54-Yunes R, Braier M. Depresión en niños y adolescentes. Biblioteca consulta PSI Infancia y Adolescencia [Internet]. Capital Federal - República Argentina: Psygnos web recursos informáticos; 2018 [citado 7 abr 2018]. Disponible en: http://www.psygnos.net/biblioteca/articulos/infancia/yunes_depre.htm.
- 55- Sarmiento Hernández EI, Ulloa Flores RE, Brenes Prats ME, Camarena Medellín suicida en adolescentes deprimidos. Salud Ment. 2017 [citado 30 Dic 2017]; B, Aguilar García A, Hernández Muñoz S. El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento 37 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0133252014000200002.
- 56- Vázquez Machado, A. Sintomatología depresiva en adictos a drogas ilegales. Comunidad Terapéutica Internacional Villa el Yarey Jaguaní, Granma. Multimed 2018; 22 (1) .VERSION ON-LINE: ISSN 1028 4818
- 57- Ruiz Lozano MJ, Gómez-Ferrer C. Trastornos depresivos en el niño y adolescente. En: Ballesteros C, coord, editors. Práctica Clínica Paidopsiquiátrica Historia Clínica Guías Clínicas. Madrid: Adalia; 2016. p. 203-9.
- 58- Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental CiberSam. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2015. [Citado 20 Jun 2017]. Disponible en: [http:// bi.cibersam.es/búsqueda-de-instrumentos](http://bi.cibersam.es/búsqueda-de-instrumentos).
- 59- Rey J, Bella-AwusahTolulope T, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. En: Joseph M. Rey. Mood disorders E1 Depression in children and adolescents [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. [Citado 12 ene 2017] [pp 1-36]. Disponible en: [http://iacapap.org/wp-content/ uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf](http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf).
- 60- Lehrer, Paul M.; David H. (FRW) Barlow, Robert L. Woolfolk, Wesley E. Sime (2017). *Principles and Practice of Stress Management, Third Edition*. pp. 46-47. [ISBN](#) 159385000X.
- 61- Sandoval-Ato R, Vilela-Estrada MA, Galvez-Olortegui J. Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2017 Oct [cited 2019 Apr 17]; 33(4):1–5. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129285153&lang=es&site=ehost-live>
- 62- Barrios Osuna Irene, Anido Escobar Vivianne, Morera Pérez Maricela. Declaración de Helsinki: cambios y exégesis. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 Mar [citado 2019 Mayo 08]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662016000100014&lng=es
- 63- Perú. Ministerio de Salud. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA. Lima: MINSA; 2008 [citado 18 Jun 2017]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud mental documentos/04Guías Práctica Clínica SaludMentalPsiquiatria.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental documentos/04Guías Práctica Clínica SaludMentalPsiquiatria.pdf)
- 64- OPS/OMS. [Informe mundial sobre salud para los adolescentes del mundo](#), Ginebra, 2014.
- 65- Oliva A. Problemas psicosociales durante la adolescencia. En: Delgado B, editor. Psicología del desarrollo: Desde la infancia a la vejez. Madrid: McGrawHill.; 2008. p. 137-64.

- 66- Organización Mundial de la Salud, OMS, disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/> [Consultado el 14 de febrero de 2017].
- 67- Navarro-Pardo E, Meléndez J, Sales A, Sancerni M. Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. 2016; 24(3):377-83.
- 68- Carballo J, Figueroa A, García I, Soutullo C, Zalsman G. Trastornos depresivos. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente: Ed. Med. Panamericana; 2010. p. 45-167. 69. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019. Provincia Holguín: MINSAP; 2019.
- 70-Reyes Romero A. Intervención Educativa Integral para adolescentes de la ESBU”René Ibarra Font”. (Trabajo Para Optar por el Título de Especialista de Psiquiatría Infantil) 2017. Policlínico Alcides Pino Bermúdez, Holguín.
- 71- Carreño Correa ML. Intervención Educativa Integral mediante la formación de promotores para la prevención del Intento Suicida en adolescentes de la ESBU”Alberto Sosa Gonzáles” ”. (Trabajo Para Optar por el Título de Especialista de Psiquiatría Infantil) 2020. Policlínico Pedro del Toro Saad, Holguín.
- 72- Fonseca Rivero YC. Intervención Educativa Integral mediante la formación de promotores pares para la prevención del Intento Suicida en adolescentes de la ESBU”Blas Soler”. (Trabajo Para Optar por el Título de Especialista de Psiquiatría Infantil) 2020. Policlínico Alcides Pino Bermúdez, Holguín.
- 73- Jiménez, T. I, Musitu, G. y Murgui, S. Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2018 (8): 1 39-1 51.
- 74- Características de la comunicación entre los adolescentes y su familia. INFAD Rev. de Psicología [Internet]. 2014. Mar [citado 2020 enero 05]; 1(1): 393-402. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832342040>
- 75- Jaureguizar J, Bernaras E, Soroa M, Sarasa M, Garaigordobil M. Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. Behavioral Psychology. 2015; 23(2):245-64.
- 76- Hernández Trujillo A, González-Elías IE, López Acosta YM. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y Adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 23 enero 2019]; 17(12):9027-35. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n12/san011712.pdf>
- 77- Martínez D. Las necesidades de las adolescentes madres en el contexto educativo. [Revista Enfermería actual en Costa Rica].2015, 28 (1)1-17. Disponible en: www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/download/189/234
- 78- Suárez, P., Vélez, M. El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. Revista Psicoespacios, 2018: 173- 198, Disponible en <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>

- 79- CAVA MJ: Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. Actas de XIII Congreso Nacional de psicología social [Artículo en la Internet].2010 [citado 2015 mar 15];1(2):23-27.Disponible en: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=74264096&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7U4y9fwOLCmr02ep69Ssa64TLsWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr06vr7JJuePfgeyx44Dt6fIA>.
- 80- Adolescencia. OPS/OMS llaman a que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes para evitar muertes y mejorar su salud. Temas de Salud [Internet]. 2014 [citado 23 Enero 2019]. Disponible en:<https://temas.sld.cu/adolescencia/tag/mortalidad/>
- 81- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 31 de enero del 2015].Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- 82- Carballo J, Figueroa A, García I, Soutullo C, Zalsman G. Trastornos depresivos. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente: Ed. Med. Panamericana; 2010. p. 45-167.Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; 2016. p. 1-19.
- 83- Gómez Linares L. Intervención educativa integral para docentes de la ESBU “Evelio Blas Soler Ledea”. (Trabajo Para Optar por el Título de Especialista de Psiquiatría Infantil) 2017. Policlínico Alcides Pino Bermúdez, Holguín.2017.
- 84- Martínez Rómulo I. Intervención educativa integral para la prevención del intento suicida en adolescentes desde el escenario escolar. (Trabajo Para Optar por el Título de Especialista de Psiquiatría Infantil).2015. Policlínico Juan José Fornet, Holguín. Valores en adolescentes.
- 85- Cuenca Doimeadios Edeltas, Rosselló López Mileydis, Ricardo Díaz Niuris, Fernández Carballo Lilia María, Ávila Pujol Dania. Caracterización clínico epidemiológica de la conducta suicida en adolescentes en la provincia Holguín, 1996-2014. CCM [Internet]. 2016 Sep [citado 6 Febrero 2019]; 20(3): 490-503. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000300005
- 86- Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. Psychol Med. 2016; 33:1341-55.
- 87- Baca García E y Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud Ment [Internet]. 2014 Oct [citado 23 Enero2019]; 37(5): 373-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003
- 88- Rey J, Bella-AwusahTolulope T, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. En: Joseph M. Rey. Mood disorders E1 Depression in children and adolescents [Internet]. Geneva: InternationalAssociation for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

- 89- Daniulaityte R, Falck R, Wang J, Carlson RG, Leukefeld CG, Booth BM; *et al.* Predictors of depressive symptomatology among rural stimulant users. J Psychoact Drugs [Internet]. 2015 [citado 24 Jun 2018]; 42(4): 435–45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320035/>
- 90- Cruz-Fuentes CS, Benjet C, Martínez-Levy GA, Pérez-Molina A, Briones-Velasco M, Suárez-González J. BDNF Met66 modulates the cumulative effect of psychosocial childhood adversities on major depression in adolescents. Brain Behav. 2017; 4:290–7, <http://dx.doi.org/10.1007/brb3.220>.
- 91- Pérez N, Velásquez Juana. Mecanismos epigenéticos de la depresión en niños y adolescentes. Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil. La Habana, 2018.
- 92- Ceballos-Ospino GA. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary. 2015 [citado 20 May 2017]; 12(1):15-22. Disponible en: <http://www.revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394>
- 93- Ministério de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. Incidências obligatorias. Ciudad de la Habana: Ciencias médicas; 2018: 87. Versión electrónica ISSN: 1561-4433.
- 94- Agustina Regueiro C (2015). Depresión en adolescentes y su relación con las TIC C.I: 4.514.303-1 Montevideo, Uruguay ,27.10.2015.
- 95- Jaureguizar J, Bernaras E, Soroa M, Sarasa M, Garaigordobil M. Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. Behavioral Psychology. 2015; 23(2):245 64.
- 95- National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and Young people: Identification and management in primary, community and secondary care. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015. [Citado 12 ene 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28#>.
- 96- Ferrer Tirado L, Checa Peña J. Adolescencia y depresión: un modelo de Intervención comunitario. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2017; 55:37-42.
- 97- Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner A, et al. Screening for Major Depressive Disorder Among Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 116. AHRQ Publication No. 13-05192-EF-1. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
- 98- Stockings E, Degenhardt L, Lee YY, Mihalopoulos C, Liu A, Hobbs M, et al. Symptom screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta analysis of reliability, validity and diagnostic utility. J Affect Disord. 2015; 174:447-63.
- 99- Rohde P, Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR, Gau JM. Key Characteristics of Major Depressive Disorder Occurring in Childhood, Adolescence, Emerging Adulthood, Adulthood. Clin Psychol Sci. 2018; 1(1).
- 100- Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven De Haan K, Sawyer M, Ainley J, et al. The Mental Health of Children and Adolescents. Canberra: Department of Health; 2015.

- 101-. Balazs J, Miklósi M, Keresztény A, Apter A, Bobes J, Brunner R, et al. P-259- Prevalence of adolescent depression in Europe. *European Psychiatry*. 2018; 27:1.
- 102- ESPAÑA OSUNA H y FERNÁNDEZ PÉREZ C. Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas: Protocolo de Urgencias. *Rev. Medica [Internet]*. 2010. [citado 6 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1380097721.pdf>
- 103-Luby JL, Belden AC, Pautsch J, Si X, Spitznagel E. The clinical significance of preschool depression: impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *J Affect Disord*. 2019; 112(1-3):111-9.
- 104-National Institute of Mental Health. National Institute Of Mental Health Advisory Council Workgroup Report: Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health. Bethesda, (MC): National Institute of Mental Health; 2015.
- 105- Hernández Otero I, Alda Díez J. Guía Esencial de Psicofarmacología del niño y del adolescente. 2da ed. Madrid: Soutullo. 2017.