

RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica Clínica para el Abordaje de Depresión en Adolescentes



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica para el Abordaje de Depresión en Adolescentes en:

<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: Marzo, 2021

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En adolescentes, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar tamizaje de depresión por sobre no realizar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El tamizaje podría facilitar que las personas reciban intervenciones de forma oportuna, pudiendo disminuir la ocurrencia de complicaciones y mejorar la respuesta al tratamiento. Incluso, el beneficio en esta población podría ser mayor, ya que los adolescentes tienen baja consulta espontánea a servicios de salud. - El tamizaje puede ser realizado en diferentes contextos: clínicos, educativos y comunitarios. - El control de salud adolescente puede ser una instancia para detectar a aquellos en riesgo y que se beneficiarían más de la aplicación de un tamizaje de depresión. - Por último, el tamizaje debe estar en el marco de procedimientos definidos, tanto en su aplicación como en las acciones a seguir. 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>2. En adolescentes, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar tamizaje de riesgo suicida por sobre no realizarlo.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los adolescentes que más se podrían beneficiar de esta intervención son aquellos que presentan factores de riesgo o señales de alerta de suicidalidad (Ver Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales). - El tamizaje es importante para detectar precozmente a los adolescentes en riesgo suicida, permitiendo que reciban intervención en forma oportuna. - Preguntar directamente sobre suicidalidad a adolescentes es seguro y no aumenta el riesgo de suicidio. - El tamizaje puede ser realizado en diferentes contextos: clínicos, educativos y comunitarios. - El tamizaje debe estar en el marco de procedimientos definidos, tanto en su aplicación como en las acciones a seguir. 	CONDICIONAL	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>
<p>3. En adolescentes con depresión, el Ministerio de Salud SUGIERE contemplar la participación de la familia, adulto responsable u otras personas significativas en todo el proceso de atención (evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento).</p>	BUENA PRÁCTICA CLÍNICA	

<p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el diagnóstico de depresión en adolescentes se debe incluir la evaluación de su contexto familiar, educacional y social, y estos aspectos deben orientar el tratamiento y seguimiento. - En el proceso de atención de adolescentes con diagnóstico de depresión es fundamental contar con la participación de un adulto responsable, quien acompañe y supervise el seguimiento de las indicaciones terapéuticas, especialmente cuando se incluye tratamiento farmacológico o existe riesgo de suicidalidad. - Un buen vínculo familiar y el involucramiento de la familia u otras personas significativas, podría favorecer los resultados del tratamiento en adolescentes con depresión. 	
<p>4. En adolescentes con diagnóstico de depresión, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar intervenciones individuales por sobre intervenciones individuales más intervenciones grupales.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay estudios que evalúen el efecto de adicionar intervenciones grupales a las intervenciones individuales. 	<p>CONDICIONAL</p> <p>BAJA ⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>5. En adolescentes con diagnóstico de depresión, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar intervención psicológica con frecuencia 1 vez a la semana por sobre 1 vez al mes.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pudiera ser favorable una mayor frecuencia de sesiones al inicio de la terapia, y luego ir distanciándolas a medida que el adolescente presente una evolución clínica favorable. 	<p>CONDICIONAL</p> <p>BAJA ⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>6. En adolescentes con diagnóstico de depresión, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar al menos 12 sesiones de intervenciones psicológicas.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de los adolescentes se beneficiarían de 12 sesiones de intervención psicológica. Sin embargo, el número de sesiones óptimo depende del cuadro clínico, los objetivos terapéuticos y las características del adolescente, su familia y contexto. - La frecuencia y el número de sesiones de intervenciones psicológicas son variables interrelacionadas (Ver recomendación sobre frecuencia de sesiones). - Si bien las primeras sesiones consideran la evaluación diagnóstica y establecer alianza terapéutica, es importante realizar intervenciones terapéuticas desde el inicio para 	<p>CONDICIONAL</p> <p>BAJA ⊕ ⊕ ○ ○</p>

<p><i>optimizar el tratamiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Para la decisión de egreso del adolescente, es importante considerar el logro de los objetivos terapéuticos propuestos en el plan de intervención.</i> 		
<p>7. En adolescentes con diagnóstico de depresión, el Ministerio de Salud SUGIERE añadir terapia familiar a terapia individual o sólo realizar terapia individual.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La terapia individual es la base del tratamiento en adolescentes con depresión. Si bien el proceso de atención puede no incorporar terapia familiar propiamente tal, la familia debe participar e involucrarse en todo momento (Ver recomendación de buena práctica).</i> - <i>Añadir terapia familiar a la terapia individual podría reportar beneficios en aquellas familias donde las pautas relacionales son un elemento central en el desarrollo y mantención de la depresión del adolescente.</i> - <i>La terapia familiar debe ser realizada por un profesional especializado en la misma.</i> 	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> 
<p>8. En adolescentes con diagnóstico de depresión moderada o grave, el Ministerio de Salud SUGIERE usar inhibidores de recaptura de serotonina (ISRS) por sobre no usar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>El panel sugiere que el ISRS de elección sea fluoxetina por su mayor efectividad según la evidencia.</i> - <i>Si la fluoxetina no es bien tolerada o existen otras razones para no utilizarla, evalúe indicar otro ISRS.</i> - <i>Toda vez que se decida indicar un ISRS debe explicarse al adolescente y su familia los potenciales efectos adversos y la importancia de reportar su presencia al equipo de salud.</i> - <i>Iniciar tratamiento con dosis bajas, observando la tolerancia y los resultados terapéuticos.</i> - <i>La administración del ISRS debe estar bajo la supervisión estricta de un adulto.</i> - <i>El tratamiento con ISRS debe ser mantenido durante al menos 8 meses desde la respuesta clínica.</i> - <i>La suspensión de tratamiento con ISRS debe ser gradual, ya que el paciente puede presentar síntomas de discontinuación.</i> - <i>Los ISRS pueden aumentar la suicidalidad en adolescentes, por lo que es necesario mantener una vigilancia frecuente cuando se indiquen.</i> - <i>Es importante realizar una evaluación permanente del diagnóstico, comorbilidad, adherencia al tratamiento y</i> 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 

<p>evolución del cuadro, además de todos los factores psicosociales que pueden estar incidiendo en el resultado del tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En estos pacientes es importante el diagnóstico diferencial con el episodio depresivo bipolar, especialmente en adolescentes con antecedentes familiares de trastorno bipolar y adolescentes con depresión con síntomas atípicos, ya que los ISRS podrían empeorar la sintomatología o no mejorarla. - Esta indicación debe estar inserta en un plan de tratamiento integral, y no restringirse a un tratamiento farmacológico. - Cada vez que se indica o cambia un fármaco antidepresivo debe realizarse control médico dentro de las próximas 3 semanas. - En la indicación del ISRS es importante considerar la interacción con otros medicamentos en adolescentes con comorbilidad, especialmente con fluoxetina ya que suele aumentar niveles plasmáticos de otros medicamentos. 		
<p>9. En adolescentes con diagnóstico de depresión, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar consultoría de salud mental por sobre no realizar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La consultoría de salud mental debe cumplir con los estándares establecidos en la orientación técnica (Ver Orientaciones Técnicas Consultoría en Salud Mental). 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
<p>10. En adolescentes con depresión resistente, el Ministerio de Salud SUGIERE cambiar o potenciar ISRS por sobre usar venlafaxina.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los ISRS, y en mayor medida la venlafaxina, pueden aumentar la suicidalidad en niños y adolescentes, por lo que es necesario mantener un monitoreo frecuente cuando se indiquen. - La reunión clínica con el equipo de salud es instancia fundamental para el análisis de casos de adolescentes con depresión resistente. Es importante realizar una evaluación permanente del diagnóstico, comorbilidad, adherencia al tratamiento y evolución del cuadro, además de todos los factores psicosociales que pueden estar incidiendo en el resultado del tratamiento. - El manejo de esta población debe estar inserto en un plan de tratamiento integral, y no restringirse a un tratamiento farmacológico. 	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> 

<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar tratamiento con dosis bajas, observando la tolerancia y los resultados terapéuticos. - La administración del ISRS debe estar bajo la supervisión estricta de un adulto. - El tratamiento con ISRS debe ser mantenido durante al menos 8 meses desde la respuesta clínica. - La suspensión de tratamiento con ISRS debe ser gradual, ya que el paciente puede presentar síntomas de discontinuación. - Cada vez que se indica o cambia un fármaco antidepresivo debe realizarse control médico dentro de las próximas 3 semanas. - La venlafaxina aún no está aprobada para uso en personas menores de 18 años. 		
<p>11. En adolescentes con depresión y autoagresiones o suicidalidad, y que requieren antipsicóticos, el Ministerio de Salud SUGIERE usar quetiapina o aripiprazol.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La quetiapina y aripiprazol podrían producir menos efectos extrapiramidales que otros antipsicóticos. Sin embargo, algunos adolescentes con esta sintomatología pueden verse más beneficiados con la utilización de otros antipsicóticos atendiendo a las características individuales. - Existen adolescentes con autoagresiones o suicidalidad que pueden no requerir tratamiento farmacológico. - El manejo de esta población debe estar inserto en un plan de tratamiento integral, y no restringirse a un tratamiento farmacológico. - En caso de iniciar tratamiento con antipsicóticos realizar exámenes de vigilancia: glicemia, hemograma, perfil hepático, perfil lipídico y prolactina. En caso de síntomas extrapiramidales, solicitar CK-total, electrolitos plasmáticos por contexto de neuroléptico maligno y riesgo de arritmias, nitrógeno ureico y creatinina. - Iniciar tratamiento con dosis bajas, observando la tolerancia y los resultados terapéuticos - La administración de quetiapina o aripiprazol debe estar bajo la supervisión estricta de un adulto. - El tratamiento con quetiapina o aripiprazol debe ser mantenido durante al menos 8 meses desde la respuesta clínica. - La suspensión de tratamiento con quetiapina o aripiprazol debe ser gradual, ya que el paciente puede presentar síntomas de discontinuación. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA</p> 

<p>12. En adolescentes con diagnóstico de depresión y suicidalidad, el Ministerio de Salud SUGIERE NO agregar risperidona como potenciador a ISRS.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El fundamento principal de esta recomendación es el balance riesgo/beneficio desfavorable para risperidona, con un perfil de efectos adversos importantes y un beneficio pequeño. - En caso de iniciar tratamiento con antipsicóticos realizar exámenes de vigilancia: glicemia, hemograma, perfil hepático, perfil lipídico y prolactina. En caso de síntomas extrapiramidales, solicitar CK-total, electrolitos plasmáticos, nitrógeno ureico y creatinina. - En caso de que el paciente requiriera antipsicóticos utilizar una alternativa con un mejor perfil de seguridad (Ver recomendación de aripiprazol y quetiapina) - Se debe considerar que pacientes con depresión grave con síntomas psicóticos pueden beneficiarse de un antipsicótico con mayor potencia como es la risperidona u otro. - Existen adolescentes con autoagresiones o suicidalidad que pueden no requerir tratamiento farmacológico. - El manejo de esta población debe estar inserto en un plan de tratamiento integral, y no restringirse a un tratamiento farmacológico (Ver Recomendación sobre ISRS). 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○
<p>13. En adolescentes con diagnóstico de depresión y con indicación de hospitalización, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar hospitalización en centro de salud por sobre hospitalización domiciliaria.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si bien el recurso de hospitalización en centro de salud es limitado, actualmente no existen estándares definidos de cómo realizar hospitalización domiciliaria en esta población, por lo que pueden existir grandes riesgos asociados a cuidado y condiciones insuficientes. Sin embargo, el panel considera que la hospitalización domiciliaria podría ser una opción efectiva a futuro, cuando haya mayor investigación que compare ambas alternativas en esta población y se estandarice su implementación en Chile. 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○

Las recomendaciones fueron formuladas utilizando el sistema GRADE durante el año 2018.

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

Con el fin de unificar los criterios alrededor del problema de salud al que se refiere la presente Guía de Práctica Clínica, se homologa el término “depresión” a los códigos 6A70 y 6A71 correspondientes a “episodio depresivo único” y “episodio depresivo recurrente” de la Undécima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) (1) y a “Trastorno de depresión mayor” del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2).

La depresión es una enfermedad común caracterizada por episodios de estado de ánimo depresivo, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades y falta de energía o fatigabilidad. Además, suelen presentarse inquietud o enlentecimiento, disminución en la capacidad de atención y concentración, y alteraciones del apetito y/o del sueño (2,3). Es necesario que los síntomas se presenten todos los días, la mayor parte del día, por al menos dos semanas y que produzcan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

El patrón de síntomas de depresión varía ligeramente de acuerdo con la etapa del desarrollo, así la manifestación en los adolescentes resulta en algunas diferencias según se señala en la siguiente tabla:

Diferencias en la presentación de la depresión de acuerdo con la edad*		
Niños/as prepuberales	Adolescentes	Adultos
<ul style="list-style-type: none"> ● Irritabilidad (rabieta, incumplimiento de normas) ● Capacidad de animarse momentáneamente en respuesta a eventos positivos ● Comorbilidad frecuente con ansiedad, problemas de conducta y TDAH ● Quejas somáticas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Irritabilidad (gruñón, hostil, se frustra con facilidad, arranques de ira) ● Afecto reactivo ● Hipersomnia ● Aumento del apetito y ganancia de peso ● Quejas somáticas ● Sensibilidad extrema al rechazo (por ej: tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) lo que lleva a, por ejemplo, tener dificultades para mantener relaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ● Anhedonia ● Ausencia de reactividad emocional ● Agitación o enlentecimiento psicomotor ● El estado de ánimo varía durante el día (peor en la mañana) ● Despertar temprano en la mañana

*Cualquiera de estos síntomas puede estar presente a cualquier edad, pero son más comunes en el grupo etario especificado.

Fuente: Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depresión en niños y adolescentes. (Irrázaval & Hernández, ed.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines; 2017.

La edad de inicio no parece definir subgrupos depresivos separados, pero la depresión en adolescentes se asocia a múltiples indicadores de dificultades psicosociales, problemas de salud en general y una mayor carga de enfermedad en la edad adulta. La depresión en adolescentes sin tratamiento predice un mayor riesgo de dificultades en formalizar parejas, disminución del funcionamiento social y laboral, menor calidad de vida, mayor comorbilidad médica y psiquiátrica, mayor frecuencia de episodios depresivos e intentos de suicidio durante la vida, mayor gravedad de los síntomas, cronicidad y recurrencia (3,4).

La mayoría de los episodios de depresión poseen una duración entre 3 y 6 meses para muestras comunitarias, y entre 5 y 8 meses para las muestras referidas. A pesar de ello, 1 de 5 adolescentes con depresión pueden tener una duración de dos años o más y más de la mitad presentan una recurrencia en los próximos cinco años (2,4).

Entre los factores predictores de recurrencia se incluyen: una peor respuesta al tratamiento, mayor gravedad, cronicidad de los síntomas, la presencia de episodios previos, comorbilidad, estilo cognitivo negativo, presencia de problemas familiares, nivel socioeconómico bajo y la exposición a conflictos o violencia intrafamiliar (3).

Epidemiología

La prevalencia de depresión en adolescentes durante los últimos 12 meses es similar a la observada en la edad adulta (4–5%), con una incidencia acumulada que aumenta de 5% en la adolescencia temprana hasta el 20% al final de ese periodo (4).

Consistentemente con los hallazgos internacionales, un estudio nacional muestra una prevalencia de depresión mayor de 5,1% para personas entre 4 y 18 años, con una relación de 3,2 para hombres y 7,1 para mujeres. Al distinguir entre grupos etarios el de 4 a 11 años muestra un 3,5 % y el de 12 a 18 un 7% (5).

Existe una fuerte preponderancia de la prevalencia en adolescentes mujeres después de la pubertad (alrededor de 2:1) (4).

Factores de Riesgo

La depresión en la adolescencia es la interacción compleja de múltiples factores de vulnerabilidad biológica e influencias ambientales. Los riesgos distales, como los factores hereditarios y la adversidad en la vida temprana, pueden predisponer directa e indirectamente a la depresión. Tales riesgos podrían mediar sus efectos a través de la cognición, el temperamento y los rasgos de la personalidad (emocionalidad negativa, disminución de la emocionalidad positiva y del control atencional, inhibición conductual y neuroticismo). Los factores de riesgo distales, junto con los cambios hormonales y de maduración también pueden alterar la sensibilidad individual a los factores estresantes.

Los factores de riesgo más importantes para la depresión en adolescentes son los antecedentes familiares de depresión y exposición al estrés psicosocial. Los factores familiares, los factores del desarrollo, las hormonas sexuales y la adversidad psicosocial interactúan con los determinantes sociales para aumentar el riesgo, a través de factores hormonales y vías neurales asociadas (3,5).

Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad

Dos diagnósticos que se caracterizan por síntomas depresivos prominentes y deterioro asociado, pero que no cumplen con los criterios para el diagnóstico de depresión en adolescentes son el trastorno de adaptación y el trastorno depresivo persistente (distimia). Aunque el trastorno bipolar y la esquizofrenia son mucho menos comunes en los adolescentes que la depresión, son importantes diagnósticos diferenciales que deben considerarse en casos de resistencia al tratamiento, presencia de síntomas psicóticos o ánimo exaltado/irritable.

Los trastornos comórbidos se presentan en dos tercios de los adolescentes, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, los trastornos de conducta, trastornos por uso de sustancias, el trastorno de déficit atencional con hiperactividad, trastorno obsesivo compulsivo y las dificultades de aprendizaje (3).

Depresión y conducta suicida

La depresión es uno de los factores de riesgo individual más importantes dentro de la multiplicidad de factores asociados a la conducta suicida. Alrededor de un 60% de jóvenes con depresión han pensado en suicidarse y un 30% lo ha intentado. Más de la mitad de las víctimas de suicidio en adolescentes reportaron tener un trastorno depresivo en el momento de la muerte. Es por esto que las conductas suicidas y el riesgo suicida debe ser evaluado y monitoreado permanentemente en la personas con depresión (3).

Prevención

Considerando la discapacidad asociada y posibles eventos adversos graves, es importante prevenir, o al menos retrasar la depresión en adolescentes. Las estrategias de prevención podrían estar dirigidas a reducir los riesgos modificables y promover factores para proteger a los niños de alto riesgo de los efectos de la adversidad, interrumpiendo las vías de riesgo.

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo General

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca de la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de adolescentes con depresión.

Tipo de pacientes y escenario clínico

Adolescentes con sospecha o diagnóstico de depresión, que reciben atención en el nivel primario, secundario y terciario de salud en el sector público y privado de salud.

Usuarios de la Guía

Todos los profesionales de salud con responsabilidades en la atención de adolescentes con depresión, tales como: médicos generales, médicos especialistas en psiquiatría, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeras, matronas, químicos farmacéuticos, entre otros.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, personas que tuvieran la patología o condición de salud.

Definición y priorización de preguntas clínicas

Posteriormente se realizó la **definición y priorización de las preguntas para la** elaboración. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente elaboración se responderían las siguientes preguntas:

Diagnóstico:

1. En personas menores de 15 años ¿Se debe realizar tamizaje de depresión en comparación a no realizar?
2. En personas menores de 15 años ¿Se debe realizar tamizaje de riesgo suicida en comparación a no realizar?

Tratamiento:

3. En personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión ¿Se debe realizar intervenciones individuales más intervenciones grupales en comparación a realizar sólo intervenciones individuales?
4. En personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión ¿Se debe realizar intervención psicológica con frecuencia 1 vez a la semana en comparación a realizar intervención psicológica con 1 vez al mes?
5. En personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión ¿Se debe realizar 12 sesiones de intervención psicológica en comparación a realizar menos de 12 sesiones de intervención psicológicas?
6. En personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión ¿Se debe agregar terapia familiar a terapia individual en comparación a no agregar?
7. En adolescentes con diagnóstico de depresión moderada o grave ¿Se debe usar inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en comparación a no usar?
8. En personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión ¿Se debe realizar consultoría de salud mental en comparación a no realizar?
9. En personas menores de 15 años con depresión resistente ¿Se debe cambiar o potenciar ISRS en comparación a usar venlafaxina?
10. En personas menores de 15 años con depresión con autoagresiones o suicidalidad y que requieren antipsicóticos ¿Se debe usar quetiapina en comparación a usar aripiprazol?
11. En personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión y suicidalidad ¿Se debe agregar risperidona como potenciador a inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) por sobre usar solo inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS)?
12. En personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión y con indicación de hospitalización ¿Se debe realizar hospitalización domiciliaria en comparación a realizar

hospitalización en centro de salud?

Posterior a la revisión de evidencia, para estas preguntas el panel acordó que las recomendaciones aplican a toda la población adolescente (entre 10 a 19 años).

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2018](#)

Elaboración de recomendaciones GRADE

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE) (6). Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia. Se utilizaron 4 estrategias de **búsqueda y síntesis de evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación.
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

Ver más detalle en [Métodos](#)

Tras generar la búsqueda y síntesis de evidencia, el equipo elaborador **formuló las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos. Las recomendaciones fueron formuladas durante el 2018 y 2019.

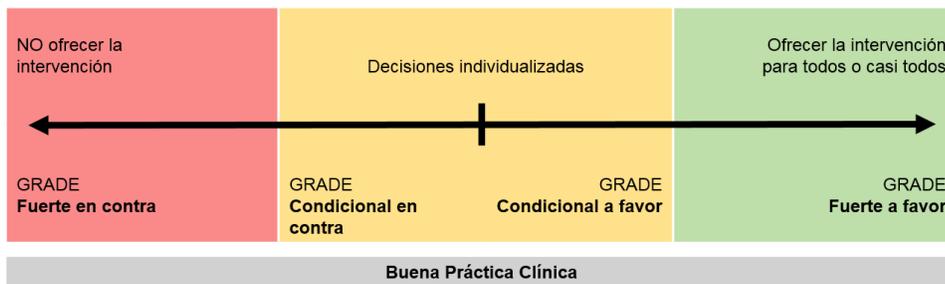
Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica para el Abordaje de Depresión en Adolescentes](#) versión extensa.

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue la dirección de la recomendación, su fuerza y la certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación

Grado de la recomendación



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en **TODAS O CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS**. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado.

Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA DE LOS CASOS**, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación.
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinación	Clínica: Christianne Zulic Agramunt. Psiquiatra Infanto Juvenil. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Universidad de la Frontera.
	Temática: María Paz Araya Álvarez. Psicóloga. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Metodólogos	Coordinadora: Carolina Paz Castillo Ibarra. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Apoyo: Eduardo Quiñelén Rojas. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Asesor: Ignacio Neumann Burotto. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

Panel de expertos

Carla Ávila Rivera	Psicóloga. Corporación Municipal de Puente Alto. Servicio de Salud Sur Oriente.
Carolina Vanzulli Moreno	Psicóloga.
Cecilia Zuleta Callejas	Psicóloga. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Eduardo Riquelme Gajardo	Médico Psiquiatra. Sociedad Chilena de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
Emilia Carreño Aranda	Psicóloga. Hospital Provincia Cordillera.
Fernanda Nicole Orrego Müller	Psicólogo. Universidad San Sebastián.
Ivonne Espinoza Pozo	Enfermera. Fondo Nacional de Salud (FONASA).
Leonardo Vidal Hernández	Terapeuta Ocupacional. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G. Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Central de Chile.
María Alejandra Gómez Méndez	Psicóloga. Complejo integral de salud mental infanto juvenil, CRS "Dr. Salvador Allende G."
Muriel Halpern Gasman	Médico Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Facultad de Medicina Norte, Universidad de Chile.
Nereyda Alicia Concha Catalán	Médico. Sociedad Chilena de Pediatría.
Patricia González Mons	Psiquiatra. Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.
Paulina Peña Fajuri	Psicóloga. Centro Comunitario de Salud Mental - CEIF Puente Alto.
Scarlette Fonseca Lagos	Terapeuta Ocupacional. Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) Ñuñoa.
Susana Chacón Sandoval	Psicóloga. División de Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud.
Vania Martínez Nahuel	Médico Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay). Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).
Verónica Véliz Rojas	Terapeuta Ocupacional. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud.
Ximena Vásquez Cayo	Psicóloga. Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Centro de Referencia en Salud Salvador Allende Gossens.

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Gonzalo Bravo Soto; Luis Ortiz Muñoz; Cynthia Zavala Gaete; y Macarena Morel Marambio. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Patricia Cerda Jimenez² Carolina Paz Castillo Ibarra²	Elaboración de búsqueda y síntesis de evidencias de valores y preferencias de los pacientes
Carolina Paz Castillo Ibarra² Ivonne Espinoza Pozo³	Elaboración de informes de costos en Chile de las intervenciones.

¹ La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

³ Departamento de Plan de Beneficios. División de Planificación Institucional. Fondo Nacional de Salud.

Diseño, edición, desarrollo y mantención plataforma web

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero en Informática. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
----------------------------------	---

Declaración de potenciales conflictos de interés

Del total de integrantes del equipo colaborador las siguientes personas declararon potenciales de conflictos de interés:

- Patricia Gonzalez Mons, ha recibido honorarios de Laboratorio Pharma Investi

Luego de analizar las declaraciones de los participantes, el equipo elaborador decidió no limitar la participación de estos colaboradores.

6. REFERENCIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Informe del Director General [Internet]. Washington D.C.; 2018 [cited 2020 Jan 14]. Available from: <https://icd.who.int/>
2. American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 2016.
3. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depresión en niños y adolescentes. (Irrarazaval & Hernandez, ed.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines; 2017.
4. Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet* (London, England), 379(9820), 1056–1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
5. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, Rioseco P, Melipillan R. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Oct;53(10):1026-35. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x. Epub 2012 May 31. PubMed PMID: 22646991.
6. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul [cited 2018 Jan 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>