

## La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado?

Este artículo pretende mostrar que la depresión es un problema frecuente entre la juventud a nivel mundial y puede ser un problema grave de salud además de tener un fuerte impacto social y económico. Es un trastorno mental y es diferente de las fluctuaciones del estado de ánimo como respuesta a situaciones negativas vividas en el día a día. Debido a que la etapa de mayor riesgo de inicio de la depresión es la adolescencia, es fundamental tener la máxima información para que no se convierta en un problema enmascarado que persista en la vida adulta, además del sufrimiento y de las consecuencias negativas a nivel académico, social y familiar que ocasiona en las/los jóvenes. La detección y la intervención temprana son clave para evitar que las cifras crezcan y para mejorar el pronóstico. Tener una buena formación es básico para todos los agentes que forman parte de la red de atención pública en salud o del sistema educativo ya que a través del contacto con las/los jóvenes pueden trabajar en la promoción del buen estado físico y mental y coordinarse con los profesionales especializados. El esfuerzo científico y político-administrativo es crucial en la instauración de programas de prevención y la mejora de los tratamientos.

**Palabras clave:** Depresión, adolescente, juventud, detección, programas de prevención, intervención.

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronosticó que en el ya no muy lejano 2020, la depresión se habrá convertido en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial y que afecta ya a más de 300 millones de personas y es por lo tanto un problema que contribuye de forma notable a la carga mundial general de morbilidad. Concretamente, en el reciente Informe de la Federación Mundial de la Salud Mental (*World Federation for Mental Health; WFMH*) titulado: Los jóvenes y la salud mental en un mundo de transformación (*Young people and mental health in a changing world, 2018*) se afirma que la depresión es la primera causa de morbilidad entre la juventud. Este período del ciclo vital, comprendido entre los 12 y los 18 años, se caracteriza por una continua presencia de cambios físicos, cognitivos y sociales experimentados en un período breve de tiempo y que pueden convertirse en factores estresores. Por otro lado, la evidencia empírica muestra que, aunque con frecuencia los primeros episodios de depresión se inician en la adolescencia media o tardía, pueden comenzar en etapas previas y esto es un factor de riesgo de cronicidad que puede conducir a un deterioro funcional tanto a corto como a largo plazo. A pesar de toda esta información y ocurriendo lo mismo en el caso de los adultos, se sabe que muchos de los jóvenes y las jóvenes que presentan este problema, no son detectados ni debidamente derivados a los servicios de salud correspondientes y por lo tanto no reciben el diagnóstico y el tratamiento adecuados (Rinke et al., In Press).

Los trastornos depresivos y en general los problemas de salud mental, no solamente afectan a las personas que los sufren y a su entorno, sino que también tienen un fuerte impacto social y económico y a pesar de los avances en sistemas de prevención y en los tratamientos, se estima que cuestan 50 mil millones de dólares anuales a la economía de los Estados Unidos (Baxter et al., 2014). Paralelamente, en Europa ocurre el mismo problema y los estudios concluyen que los trastornos mentales incurren en costos económicos sustanciales, generando gastos directos e indirectos a través de la asistencia sanitaria y social, además de generar también importantes pérdidas a nivel de productividad (Wykes et al., 2015). Teniendo en cuenta este contexto, es importante enfatizar la necesidad de sensibilización con este tema y en especial formar y contar con equipos multidisciplinarios de profesionales con el objetivo en primer lugar de mejorar la prevención y posteriormente la detección precoz y las opciones de tratamiento y el seguimiento. La presencia de este problema está comprometiendo la calidad de vida, bienestar y desarrollo de los jóvenes y las jóvenes y por lo tanto es necesario estudiarlo y darle visibilidad.

## Epidemiología de la depresión

Los datos anteriormente citados han llevado a investigar en los últimos años si existe una epidemia de depresión en niños y adolescentes. En este sentido, si bien algunos estudios (Costello et al., 2006; Polanczyk et al., 2015; Wiens et al., 2017) no encontraron un incremento de depresión en los adolescentes nacidos en los últimos años, otros (Lu, 2019; Mojtabai et al., 2016) han observado un aumento significativo en la prevalencia a 12 meses del episodio depresivo mayor, que va del 8,3% al 12,9% en adolescentes (12-17 años) estadounidenses. En España, un estudio llevado a cabo con pre-adolescentes en el que se comparaban datos actuales con los obtenidos hace más de dos décadas, encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor en el último mes de 1,6% (Canals et al., 2018), similar a la encontrada veinte años atrás, de 1,5% (Canals et al., 1995). No obstante, considerando no solo la depresión mayor, sino también el trastorno depresivo persistente (TDP), se alcanza el 3,4% de afectados en el inicio de la adolescencia. Teniendo en cuenta que la distimia (incluida en TDP) precoz puede ser un factor de riesgo para el TDM, este mayor porcentaje nos presupone que podamos encontrarnos con cifras mucho más altas de depresión en la juventud.

En relación al género y a la edad, la depresión es más frecuente en mujeres (Lu, 2019; Breslau et al., 2017; Kessler et al., 2012; Mojtabai et al., 2016) y en la etapa más tardía de la adolescencia (Lu, 2019; Magklara et al., 2015; Mojtabai et al., 2016). Diversos estudios han encontrado que la edad media de inicio para la depresión estaría entre los 13 y 14 años y por debajo de los 12-13 años, la prevalencia es más baja y no se muestran diferencias según género (Breslau et al., 2017; Canals et al., 1995, Canals et al., 2018; Costello et al., 2006, Merikangas et al., 2010, Ormel et al., 2015, Sequeira et al., 2017).

Es importante señalar que los estudios epidemiológicos nos permiten constatar que un porcentaje alto de los adolescentes con depresión no acuden a ningún servicio profesional. Los datos hallados en España, donde se ha hallado que el 55 y el 65% no han buscado ninguna ayuda (Canals et al., 2018), coinciden con los encontrados en otros países (Lu, 2019; Zuckerbrot et al., 2018). Esto conlleva que estos adolescentes tengan un mayor riesgo de persistencia y duración de los episodios, mayor

probabilidad de problemas psicológicos asociados y también físicos y un peor desarrollo psicosocial y académico-laboral.

## ¿Qué es la depresión? Manifestaciones y tipos de trastornos depresivos.

Tal y como señalan diferentes expertos o se indica en diversas guías especializadas en la cuestión, en primer lugar, es necesario que los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria tengan la formación y el conocimiento necesarios para realizar una detección adecuada y a tiempo. Es también importante que el abordaje de los trastornos depresivos se realice desde un punto de vista multidisciplinar. Así, profesionales del ámbito de la medicina, enfermería, psicología y psiquiatría y maestros y profesores, deben realizar si es necesario una evaluación inicial o un cribado, además de saber identificar los múltiples factores de riesgo que pueden intervenir en la aparición de este trastorno o en a la exacerbación de sus síntomas y que hacen más vulnerables a algunos grupos de población. También es necesario que estos profesionales pongan en práctica habilidades de comunicación como la escucha activa y que se encarguen de establecer un clima de confianza con los jóvenes y las jóvenes que facilite la detección de los problemas del estado de ánimo o del riesgo de presentarlos, poder asesorarlos, ofrecer apoyo o dar la oportunidad de hablar sobre la cuestión y así poder realizar las recomendaciones o derivaciones necesarias.

Desafortunadamente, ocurre con mucha frecuencia que los y las jóvenes no saben interpretar muy bien lo que les está pasando y paralelamente las personas de su entorno atribuyen erróneamente los síntomas a una cuestión propia de la edad o solo observan las conductas disruptivas, sin saberlo relacionar con el trastorno emocional. Estos hechos causan una importante interferencia, alteran la interrelación con los adultos e iguales y retrasan la búsqueda de ayuda para iniciar el abordaje del problema.

Clínicamente y siguiendo los criterios de clasificación vigentes de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5; APA, 2013), los trastornos depresivos incluyen las siguientes categorías de diagnóstico: Trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno depresivo persistente (distimia) (TDP), trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) y trastorno disfórico premenstrual. El único de estos trastornos que debe iniciarse específicamente en la edad escolar es el TDDEA. El TDM y el TDP tienen criterios válidos para cualquier edad con notas específicas para los niños y adolescentes.

La reciente clasificación revisada de la OMS (ICD-11; OMS, versión online diciembre 2018) no se adapta exactamente a las mismas categorías que el DSM-5, sino que más bien sigue la línea de las clasificaciones anteriores. Los trastornos depresivos se encuentran como un apartado dentro de los trastornos de humor (donde también está el trastorno bipolar) e incluyen la categoría de trastorno depresivo de episodio único, el trastorno depresivo recurrente, el trastorno distímico, el trastorno mixto de ansiedad y depresión y el trastorno disfórico premenstrual. En ambas clasificaciones también se incluyen los trastornos depresivos relacionados con el uso de medicación, de sustancias o con la enfermedad médica.

Para el diagnóstico de TDM, la persona debe presentar durante al menos dos semanas, un mínimo de cinco síntomas (de los nueve existentes),

siendo al menos uno de éstos el estado de ánimo depresivo o bien la pérdida de interés por aquellas actividades que anteriormente resultaban gratificantes y placenteras. En los niños y adolescentes el estado de ánimo triste puede ser frecuentemente expresado como irritable y por tanto se consideran equivalentes. Esta irritabilidad conlleva que los adolescentes tengan manifestaciones conductuales (oposicionismo, protestas, agresividad, conductas de riesgo...) que pueden ocasionar problemas dentro del entorno familiar, social y escolar y que junto a otros síntomas nos deberían hacer pensar en una depresión. Las otras 7 manifestaciones incluidas en los criterios de TDM son: Cambios significativos en el peso o en el apetito, alteraciones en el patrón de sueño, agitación o lentitud psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de sentirse inútil o culpable inapropiadamente, disminución de la capacidad para estar concentrado, pensar o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación de suicidio que puede haber llegado al intento o tener un plan premeditado para matarse.

Estas manifestaciones deben afectar a la persona de manera diaria o casi diaria y le ocasionan un gran malestar a la vez que le interfieren en su funcionamiento académico, laboral o social. Evolutivamente, los síntomas de depresión se expresan diferente según la edad. Como refiere Del Barrio (2014), los niños "sienten" la depresión (muchos síntomas somáticos, llantos, protestas...) y a partir de la adolescencia no solo la "sienten" sino que la "piensan". Esto es debido al nivel cognitivo y emocional de cada etapa, relacionado con el neurodesarrollo. De esta manera, los síntomas que nos han de hacer pensar que un/una joven (con más frecuencia mujer) presenta una depresión son: le cuesta levantarse por las mañanas, está apático y cansado, le duele la cabeza (o espalda, piernas) frecuentemente, no tiene ganas de ir al instituto o trabajo, le es difícil realizar sus tareas académicas o laborales, está pesimista y desesperanzado, no le apetece salir con sus amigos o hacer cosas que antes le gustaban, se encuentra solo, está de malhumor o desanimado, le cuesta dormir por la noche, no se gusta a sí mismo, come menos o come de manera más compulsiva porque le calma el malestar interno y va pensando que sería mejor no haber nacido o que le gustaría estar muerto. Muchas veces se asocian a la depresión síntomas o trastornos de ansiedad. La sensación de soledad se acompaña asimismo de retraimiento social ya que, a parte de su propia inhibición, sus iguales van evitando la compañía con el compañero depresivo.

Debemos de tener en cuenta, que en algunos casos un trastorno depresivo puede formar parte de un trastorno grave y crónico denominado trastorno bipolar. Para ello es necesario que con anterioridad o posterioridad a la depresión se haya padecido un episodio de manía o hipomanía.

El TDP (según DSM-5) incluye la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo (o irritable en niños y adolescentes) la mayor parte del día la mayoría de los días con una duración mínima de un año en adolescentes (dos en adultos) y al menos dos de los siguientes síntomas: alteraciones en el apetito, alteraciones en el sueño, falta de energía, baja autoestima, dificultades para pensar o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. El TDP puede incluir el TDM si este ha estado presente como mínimo un año (dos en adultos). También, como criterio de diagnóstico clínico, los síntomas mencionados tienen que causar un malestar significativo o un deterioro en el funcionamiento adaptativo del joven. Por tanto, vemos que el TDP o trastorno distímico es un cuadro que puede ser mucho más

duradero pero que aparece como menos severo que el TDM. Esto conlleva que pase muchas veces desapercibido como “cosas de la edad adolescente”, no se diagnostique y no se trate, pero que por su larga duración haya interferido la vida académica, social y familiar y aumente el riesgo de depresión más severa a posteriori. Aunque el TDP o distimia no incluya la ideación suicida, ésta también pueda existir e incrementa la severidad del trastorno. La larga duración de este trastorno hace que tenga más consecuencias negativas sobre el rendimiento académico que un episodio de DM, así como un mayor riesgo de inicio en el consumo de tóxicos.

El DSM-5 ha introducido tres niveles de severidad en los trastornos depresivos (leve, moderada y severa) según el número de síntomas, su severidad e interferencia. También tiene en cuenta algunas etiquetas especificadoras para denominar los cuadros depresivos que cursan con ansiedad, con sintomatología maníaca o hipomaníaca (depresión con características mixtas) o con síntomas psicóticos, entre otras.

Un trastorno introducido en el DSM-5 y que empieza en niños, puede persistir en la adolescencia y relaciona la depresión con las alteraciones conductuales es el TDDEA. En este cuadro se presentan severos arrebatos verbales y/o comportamentales (agresiones a personas o propiedades) en una frecuencia mínima de 3/semana y durante 12 meses, en varios contextos y desproporcionados a la situación en intensidad o duración y nivel de desarrollo. El estado de ánimo entre medio de los arrebatos es irritable o de enfado la mayor parte del día. Algunos autores (Copeland et al., 2014) refieren una importante continuidad de este trastorno con alteraciones emocionales a los 24-26 años (25% a cuadros de depresión y del 45% a trastornos de ansiedad).

## **El espectro clínico de la depresión. La importancia de la detección precoz**

Los síntomas de la depresión varían a lo largo de un espectro de severidad que a veces llega a alcanzar los criterios mínimos para recibir el diagnóstico de TDM o TDP y otras son cuadros subclínicos o la presencia de síntomas, pero que son algo más que una respuesta emocional puntual ante problemas que se presentan en la vida cotidiana. Además, este espectro presenta una considerable estabilidad y persistencia a lo largo de los años (De la Vega et al., 2018). En adolescentes, la presencia de síntomas depresivos es frecuente (entre el 11% y el 30% según países y periodo de la adolescencia) (Canals et al., 2018; Paschall y Bersamin, 2018; Wang et al., 2016) y se ha mostrado que puede formar parte de un continuum de alteración emocional y ser predictora de trastornos depresivos en la juventud (Canals et al., 2002; Carballo et al., 2011; Hill et al., 2014; Wesselhoeft et al., 2013). Por otra parte, casi el 50% de adolescentes de 15 años con cuadros subclínicos de depresión progresan a TDM a los 20 años y más del 70% de TDM persisten con el mismo diagnóstico o presentan depresión subclínica (Agerup et al., 2014). Un estudio de seguimiento de adolescentes españoles evaluados desde los 11 años hasta los 18 años halló que el 80% de los diagnosticados a los 18 años habían sufrido síntomas de depresión previamente (Canals et al., 2002). En este sentido, es importante identificar esta sintomatología e intervenir precozmente para prevenir el desarrollo de los trastornos clínicamente establecidos en la juventud y sus consecuencias negativas en la vida de las y los jóvenes. Recientemente, Rinke et al. (In Press) han mostrado que

la incorporación de exámenes rutinarios de identificación de problemas emocionales en adolescentes en los servicios de atención primaria y la integración de profesionales de salud mental en la red primaria asistencial, aumenta la detección y la posibilidad de intervención en la depresión de estos jóvenes.

## Factores de riesgo para la depresión

Según la guía clínica sobre la depresión infanto-juvenil del *National Institute for Health and Care Excellence*, popularmente conocida como guía NICE (2013) y el contenido de la cual está avalado por la evidencia científica, el trastorno depresivo es realmente muy heterogéneo y diagnosticarlo en este grupo de edad es una cuestión compleja. Así, teniendo en cuenta que se corre el riesgo de que el problema quede enmascarado, en el apartado de detección y a modo de estrategia de prevención, se hace referencia a la necesidad de evaluar la presencia de determinados factores de riesgo psicosociales que son altamente prevalentes entre los niños y los adolescentes. Entre estos factores encontramos la edad adolescente, el género femenino, los posibles problemas a nivel familiar, o incluso vivir en un entorno institucionalizado, el acoso escolar (*bullying*) o cualquier forma de abuso ya sea físico o psicológico, la presencia de comorbilidades (trastorno negativista desafiante en niños, ansiedad), el consumo de sustancias tóxicas, el historial de presencia de trastornos psicológicos (y más específicamente la depresión) en algún miembro de la familia, los eventos estresantes que hayan podido ocurrir, o factores étnicos y culturales, así como la presencia de problemas de salud, entre muchos otros (Izaguirre y Calvete, 2018; Joinson et al., 2017; Loth et al., 2014; Lu, 2019; Sousa et al., 2018). Estos factores de riesgo son comunes para todo el espectro de los trastornos depresivos y por tanto la prevención puede ser común.

Los factores de estrés a nivel social o familiar conducen al riesgo de depresión cuando recaen en adolescentes con características individuales que les confieren mayor vulnerabilidad. Así, la genética tiene un papel importante en la depresión. Existe un mayor riesgo en hijos de padres deprimidos (Loechne et al., 2018) y cada vez más se hallan diversos polimorfismos genéticos que a través de la interacción con acontecimientos estresantes se relacionan con el desarrollo de la depresión. El gen más estudiado es el del transportador de la serotonina (5-HTTLPR) (Bleys et al., 2018; Starr et al., 2013; Van Roekel et al., 2018), pero también se ha encontrado como las alteraciones del BDNF Val66Met (Zhao et al., 2018), del gen rs948854 de la galanina (Da Conceição et al., 2018) o de los genes de triptófano hidroxilasa (Wigner et al., 2018) pueden modular el riesgo de depresión. A parte del riesgo genético, la influencia familiar puede también transmitirse a través de los hábitos de crianza o estilos educativos basados en un bajo afecto y un alto o bajo control sobre el hijo (padres autoritarios o negligentes).

Otras características individuales que confieren mayor vulnerabilidad al adolescente son rasgos del temperamento como la afectividad negativa, la inhibición y la huida altas; dimensiones de personalidad ligadas a la inestabilidad emocional, neuroticismo y baja autoestima y autoeficacia (Del Barrio, 2014) y los denominados clásicamente estilos cognitivos negativos en base a las teorías cognitivas de la depresión de Beck y Seligman (Beck et al., 2012).

## Comorbilidad psicopatológica

La severidad de la depresión aumenta cuando además encontramos otros trastornos asociados. Este concepto se denomina comorbilidad e implica una mayor heterogeneidad clínica, peor pronóstico y conlleva importantes repercusiones en el tratamiento y en el estudio de la etiopatogenia (Geronazzo-Alman et al., 2018). La comorbilidad es común en la depresión y los trastornos de ansiedad son los más frecuentemente encontrados (Zavaglia y Bergeron, 2017; Canals et al., 2018). Sin embargo, otros trastornos se encuentran asociados a la depresión siendo a veces causa o consecuencia de la misma; entre ellos el consumo de alcohol y otros tóxicos (Merianos et al., 2018; Paschall y Bersamin, 2018), el trastorno obsesivo compulsivo (Peris et al., 2017), los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia nerviosas, trastorno por atracón y obesidad) (Herzog y Eddy, 2018), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Kita y Inoue, 2017) o incluso los trastornos de conducta (McDonough-Caplan et al., 2018). En este conjunto de problemas psicopatológicos es importante evaluar la posible depresión comórbida y tenerla en cuenta en el tratamiento.

La complejidad del diagnóstico también lleva a remarcar que es necesario el trabajo de forma coordinada y desde una perspectiva multidisciplinar por parte de los profesionales de los centros de atención primaria, de los profesionales del ámbito educativo, y de las Unidades Específicas de Salud Mental Infanto-Juvenil. Una buena coordinación permitirá la rápida detección del problema y poder aplicar un tratamiento adaptado en la medida de lo posible a las necesidades de cada persona de forma temprana, evitando así un peor pronóstico.

## La evaluación de la depresión

En relación a los instrumentos existentes para la detección de la depresión, las evidencias indican que muchos de ellos pueden identificar con buena precisión la presencia del trastorno depresivo mayor. A pesar de esto, el número de estudios científicos sobre la precisión de determinados instrumentos para detectar la depresión en los y las jóvenes, se considera limitado (Siu et al., 2016).

Existen una gran cantidad y variedad de instrumentos para la evaluación de la depresión en este grupo etario. Algunos de ellos son más generales y otros más específicos, unos son más largos y otros los encontramos en versión más reducida o bien preparados para ser administrados en un ámbito u otro (principalmente nos referimos al ámbito educativo y al clínico). Tenemos, por un lado, cuestionarios autoinformados (específicos o generales de psicopatología), cuestionarios que pueden contestar los padres o docentes y, por otro lado, las entrevistas clínicas que cuentan con diferentes niveles de estructuración.

Algunos de los cuestionarios autoinformados más conocidos y más ampliamente utilizados para detectar la depresión y la severidad de la misma son: el Inventario de Depresión Infantil (*Children's Depression Inventory*, CDI, Kovacs, 1992; Figueras et al., 2010), una escala de 27 ítems para ser administrada entre los 8 y 15 años; y el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory-2, BDI-II, Beck et al., 1996), el cual puede usarse en adolescentes y adultos y consta de 21 ítems. Por otra parte, tres escalas breves y prácticas de usar entre adolescentes y jóvenes en los centros de

atención primaria de salud o escolares son: la *Short Mood and Feelings Questionnaire* (13 ítems) (SMFQ, Angold et al., 1995) procedente de la MFQ de 33 ítems, la versión Adolescente de la *Patient Health Questionnaire* (9 ítems) (PHQ-A, Johnson et al., 2002) y la versión de 10 ítems de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos-Revisada (CESD-R, Eaton et al., 2004), CESDR-10 (Haroz et al., 2014). Otras escalas autoinformadas y adaptadas al español son la CES-D de 20 ítems (Radloff, 1991); la Escala de Depresión para Niños (CDS, Lang y Tisher, 2014), de 66 ítems (para 8-16 años) y el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD, Lozano et al., 2006) de 50 ítems. Los adolescentes pueden también responder cuestionarios de cribado de problemas psicológicos generales, en los cuales se evalúan síntomas depresivos. En este sentido, el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ, Goodman, 1997) es un instrumento de medida breve, sencillo de administrar y útil para ser administrado en el contexto clínico y educativo (Ortuño-Sierra et al., 2016). También a nivel internacional es muy usada la escala para adolescentes y jóvenes del sistema ASEBA, el Youth' Self Report (Achenbach y Rescorla, 2001). Estas escalas tienen versiones para ser contestadas por padres (SDQ, CBCL/6-18) y por maestros (SDQ, TRF/6-18) y así obtener información de los diversos entornos. Otros instrumentos de evaluación de psicopatología general para los padres y maestros, como el SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes; Fernández-Pinto et al., 2015) puede ser también una escala útil. Sin embargo, por las características mayormente citadas a nivel cognitivo y emocional, la depresión en el adolescente y en joven es mucho más fiable detectarla a partir de la propia información que a través de observadores externos.

Así, a nivel primario, los profesionales que tienen acceso a los jóvenes disponen de buenas herramientas para la identificación efectiva del riesgo de depresión. Tras una primera evaluación ya se dispone de la información suficiente para identificar y determinar si el joven o la joven requiere de mayor atención y seguimiento. Estos cuestionarios, aparte de ser buenos instrumentos de cribado de la depresión, algunos de ellos también permiten obtener información concreta sobre las áreas afectadas y cuantificar la intensidad con la que se manifiestan los síntomas, pero no son suficientes para establecer un diagnóstico. Por tanto, en los jóvenes a riesgo es necesario realizar una evaluación clínica completa utilizando una entrevista clínica y recogiendo información procedente de diversas fuentes de su entorno. Por lo que respecta a la entrevista clínica, ésta puede ser una entrevista abierta en la que el profesional especializado se adapta a los criterios de las categorías diagnósticas vigentes o pueden ser entrevistas semiestructuradas o estructuradas, las cuales permiten seguir de una manera más rigurosa los criterios establecidos por los sistemas de clasificación. Entre las más utilizadas para evaluar la depresión en niños y adolescentes encontramos las siguientes: la *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997), la *MINI International Neuropsychiatric Interview* (MINI-Kid; Sheehan et al., 1998), la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC; Costello et al., 1985), la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents - Revised* (DICA-R; Ezpeleta et al., 1997; Reich et al, 1991), la *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA; Angold y Costello, 2000), la *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA; Goodman et al., 2000), la *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV; Silverman Albano, 1996) o específicamente la *Children's Depression Rating Scale, Revised* (CDRS-R; Poznanski et al., 1984, Mayes et al., 2010).

## Estrategias de intervención en la depresión

En las últimas décadas, una de las cuestiones entorno a la depresión que más avances ha experimentado es el desarrollo de intervenciones para su prevención y tratamiento y uno de los avances más notables se ha producido en relación a las intervenciones psicológicas. Sin embargo, aún queda mucho por avanzar en el abordaje de la depresión y se afirma que esta problemática es debida a ciertas ambigüedades o confusiones que se encuentran alrededor del concepto de depresión, además del estigma que éste lleva asociado. Diferentes estudios también remarcan el rol de las comorbilidades, la falta de inversión en sanidad para atender los problemas de salud mental en general y también la ausencia de biomarcadores concretos y validados como factores que afectan al avance e implantación de tratamientos e intervenciones efectivas (Lasalvia et al., 2018; Patel et al., 2017).

A nivel de intervención, de entrada, se debe establecer una clara diferencia entre lo que son intervenciones con carácter preventivo y lo que son propiamente los tratamientos para combatir la depresión. A continuación, en primer lugar, se proporcionará información sobre la intervención de tipo preventivo y más adelante nos centraremos en ofrecer información sobre intervenciones para aplicar en caso de depresión.

### Prevención en la depresión. Factor clave para la salud mental durante la juventud

En cuanto a las intervenciones preventivas, es importante explicar que éstas se clasifican según varios tipos, considerando la población a la que van dirigidas (Mrakez and Haggerty, 1994). Existe la prevención universal que tiene en cuenta a todos los miembros de una determinada población como por ejemplo todas las personas que se encuentran en estadio concreto del desarrollo.

También está la prevención dirigida, centrada en grupos particulares y dentro de ésta encontramos la prevención selectiva, dirigida a las personas con un riesgo superior a la media de presentar el trastorno y la prevención indicada, dirigida a personas que tienen manifestaciones subclínicas del trastorno para evitar que los síntomas evolucionen a un TDM. En este sentido, varios estudios realizados durante esta última década, concluyen que existe suficiente evidencia para afirmar que los programas de prevención de la depresión son eficaces y son una medida eficiente de ahorro en sanidad (Meny's et al., 2011; Mihalopoulos et al., 2011; Zuckerbrot et al., 2018). Así, considerando la importancia de la prevención y teniendo en cuenta que la depresión puede presentar un curso recurrente, esto nos debe hacer pensar que también es importante trabajar para prevenir esta recurrencia o recaída, es decir, tratar de llevar a cabo una intervención o seguimiento de ciertos determinantes, que favorezca la no reaparición de nuevos episodios depresivos en el futuro. Es necesario que se lleven a cabo estudios epidemiológicos, investigar la frecuencia con la que este problema se manifiesta en este grupo etario, explorar los factores que propician la aparición de sus síntomas y crear modelos predictivos lo más explicativos posible. Así, tal y como sugieren Jaureguizar et al. (2015), todo este conocimiento es y seguirá siendo de gran utilidad cuando se trabaja en la elaboración de los programas de prevención.

Considerándose las intervenciones preventivas una estrategia altamente eficaz y necesaria, a continuación se explicaran los principales objetivos

y un poco el procedimiento de algunos programas que han sido ampliamente desarrollados, aplicados y estudiados y que han sido aplicados principalmente en atención primaria o en centros educativos:

- *Penn Resiliency Program (PRP)* de Gillham et al. (1990) tiene el objetivo principal de que los jóvenes y las jóvenes puedan desarrollar habilidades relacionadas con el control emocional y conciencia emocional, habilidades para la resolución de problemas, asertividad, mejorar las habilidades sociales y tratar de que sean más optimistas. En cuanto al procedimiento, consta de unas 12 sesiones de 90 minutos de duración cada una.
- *Coping with Stress Course (CWSC)* de Clarke et al. (1995) para que los jóvenes y las jóvenes aprendan entre otras cosas a: refutar pensamientos desadaptativos, afrontar la presencia de estados de ánimo negativos, llegar a acuerdos con padres y compañeros o también a desarrollar habilidades sociales. Este curso está formado por 15 sesiones de 45 minutos de duración.
- *Adolescent Coping with Depression (CWD-A)* de Clarke et al. (1990) es una intervención de carácter cognitivo conductual para abordar problemáticas frecuentes con las que se encuentran los adolescentes, como por ejemplo la ansiedad, los pensamientos negativos e irracionales, la falta de habilidades sociales, etc. El programa consta de 16 sesiones de dos horas cada una. Cada sesión se lleva a cabo con grupos de hasta un máximo de 10 participantes.
- *Problem Solving for Life (PSFL)* de Spence et al. (2003) es un programa diseñado para prevenir la depresión en los adolescentes mediante sesiones que transcurren en las aulas y por lo tanto lo implementa el profesor. Utiliza dos enfoques, por un lado la reestructuración cognitiva para refutar pensamientos no adaptativos y por el otro el entrenamiento en habilidades para afrontar los problemas de manera adecuada. Se lleva a cabo a partir de 8 sesiones que duran entre 45 y 50 minutos cada una. *Interpersonal Psychotherapy.*
- *Adolescent Skills Training (IPT-AST)* de Young y Mufson (2003) para la prevención de la depresión y para permitir la adaptación grupal de los adolescentes con este problema. Tiene un componente psicoeducativo que implica trabajar para entender qué es la prevención, se educa sobre qué es la depresión y se habla de sentimientos y de interacciones personales. Los objetivos generales son la mejora del funcionamiento interpersonal, de los síntomas depresivos y la prevención. Este programa se recomienda que se realice semanalmente, primero con sesiones individuales de 45 minutos de duración y a continuación mediante sesiones grupales de 90 minutos. La duración sería de 10 semanas, 2 semanas de sesiones individuales y luego 8 de sesiones grupales.
- *Resourceful Adolescent Program-Adolescents (RAP-A)* de Shochet et al. (2001) programa universal basado en la metáfora de “los tres cerditos”, el popular cuento infantil y que tiene el objetivo de desarrollar la resiliencia entre los adolescentes. El programa cuenta con un componente cognitivo-conductual, proporciona técnicas para aprender a mantener la calma, también la autoestima, la reestructuración cognitiva y la resolución de conflictos. También cuenta con un componente interpersonal para aprender a promover, el equilibrio y lidiar con conflictos para llegar al entendimiento colocándose en la perspectiva de los demás. El programa

transcurre mediante 11 sesiones con una duración de 50 minutos aproximadamente cada sesión.

Después de revisar exhaustivamente la literatura científica, se puede afirmar que en nuestro país existe una falta de programas de prevención y también de estudios sobre la eficacia de los programas existentes. Llegados a este punto, mencionar el Programa Sonrisa: Psicología Basada en la Evidencia (Sánchez-Hernández y Méndez, 2009) llevado a cabo en nuestro país. Para la creación de este programa los autores tuvieron en cuenta los principales factores de riesgo y protectores de la depresión, la eficacia de los programas de intervención precedentes y todo bajo el marco de la teoría cognitivo-conductual y de la Psicología Positiva. El objetivo principal del programa fue el de promover el bienestar personal además de prevenir la depresión en el período de la adolescencia (Sánchez-Hernández, 2012; Sánchez-Hernández y Méndez, 2009; Sánchez-Hernández et al., 2014). Se pretende que los adolescentes consoliden las emociones y rasgos positivos de su vida y personalidad y también que fomenten aspectos como la curiosidad, la motivación y el optimismo, variable que correlaciona negativamente con la depresión. El programa se conforma de once sesiones semanales de dos horas cada una y todas sus actividades se agrupan en los siguientes seis módulos:

- Módulo I: Motivación y educación emocional.
- Módulo II: Activación conductual y regulación emocional.
- Módulo III: Resolución de problemas.
- Módulo IV: Optimismo.
- Módulo V: Habilidades sociales.
- Módulo VI: Metas y plan de vida.

Tras realizar un estudio en el que se evaluaron un total de 1212 adolescentes de 1º y 2º de la ESO de siete centros educativos de Murcia, los resultados sugieren que se produjo una disminución significativa de los síntomas depresivos y de ansiedad en aquellos casos en los que se aplicó el programa, estos participantes mostraron un mayor nivel de bienestar psicológico y entre otras cosas también aumentó su motivación por realizar tareas escolares.

En esta dirección, en España también existen un gran número de programas para trabajar y aprender aspectos relacionados con la regulación de las emociones y habilidades sociales con los y las jóvenes y la mayoría de ellos se aplican en los propios centros educativos. También son interesantes los programas que ofrecen técnicas específicas para afrontar el estrés, teniendo en cuenta que el estrés es uno de los principales factores de riesgo de depresión. Así pues, los programas que abordan este tipo de cuestiones permiten a los adolescentes adquirir un buen conocimiento sobre sus emociones y poder gestionar de forma más efectiva y eficaz determinadas situaciones que de otra manera podrían desencadenar la aparición de síntomas depresivos y afectar a su funcionalidad e incluso poner en riesgo su salud mental futura. En general, destacar que se está produciendo un interés creciente por las intervenciones de carácter psicoeducativo, las cuales ofrecen información amplia y precisa sobre temas de salud en general y sobre autogestión (Jones et al., 2018).

Para finalizar el apartado relacionado con la prevención, señalar que tal y como sugieren estudios recientes, la presencia de profesionales especializados en salud mental en los centros de atención primaria, conlleva una mejora del seguimiento en los casos de adolescentes con depresión además de estar relacionado con un mejor pronóstico (Rinke et al., In Press).

## Tratamientos basados en la evidencia

En cuanto a la intervención para tratar la depresión, tras la detección del problema, un rápido acceso a los diversos tratamientos garantiza una reducción de las probabilidades de que aparezca un problema asociado o bien que la depresión se pueda convertir en un problema crónico y por lo tanto continuar en la edad adulta. Así, en primer lugar, es importante señalar que una de las principales problemáticas es el acceso a los múltiples tratamientos disponibles y es que se calcula que más de la mitad de las personas afectadas no está recibiendo tratamiento. Otro aspecto importante a tener en cuenta y que se puso de manifiesto en el último Día Europeo de la Depresión promovido por la *European Depression Association*, la sociedad debe tomar conciencia sobre este problema, es trascendental que se le de visibilidad, ofreciendo toda la información posible para que se reduzca el estigma y favoreciendo, entre otras cosas, que las personas que lo padecen busquen la ayuda que necesiten cuanto antes y es que realizar un diagnóstico correctamente y de forma temprana, es una cuestión esencial para poder recibir cuanto antes el tratamiento más efectivo.

Teniendo en cuenta la información que aparece en la versión más actualizada de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018) e información que aparece en la Guía NICE (2013), se listan a continuación una serie de recomendaciones generales a tener en cuenta en relación con la intervención:

- El tratamiento de la depresión en este período evolutivo tendría que ser integral (intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales).
- Se deben promover el seguimiento frecuente, la psicoeducación, apoyo y cuidado individual y de los familiares, manejo de circunstancias ambientales, técnicas psicoterapéuticas básicas, atender las comorbilidades y la coordinación entre profesionales del ámbito sanitario, social y educativo.
- Se debe prestar atención a los factores familiares y del contexto que pueden afectar a la evolución del trastorno. Si es el caso, éstos deben ser tratados o aplicar medidas para disminuir su impacto.
- Cuando sea necesario cambiar de los servicios de salud mental de niños y adolescentes, a los de adultos, se debe asegurar la continuidad asistencial y la buena coordinación entre profesionales.

Considerando estas mismas fuentes, sobre el tratamiento inicial en la depresión mayor leve:

- Si no hay factores de riesgo, conducta autolítica y/o comorbilidades psiquiátricas, el médico de familia o pediatra debería dejar un tiempo para el seguimiento de la evolución. El profesional de atención primaria proporciona apoyo activo y diversas pautas de hábitos saludables y para el manejo de situaciones familiares, sociales y escolares.

- Si se agravan los síntomas depresivos, derivar el paciente al centro de salud mental especializada.
- Derivar directamente al centro de salud mental especializada a los pacientes que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades psíquicas.
- El tratamiento de elección para la depresión mayor leve será de tipo psicológico y durará de 8 a 12 semanas (sesiones semanales individuales o grupales).
- En el caso de los adolescentes con depresión leve, inicialmente se recomienda la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal.
- No se recomienda el uso de fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de la depresión leve.

Aspectos relacionados con la intervención en la depresión mayor moderada y grave:

- Se debe derivar inicialmente a un servicio o unidad de salud mental especializada en este grupo de edad.
- En adolescentes se podrían establecer tres opciones de tratamiento según el criterio clínico, considerar las preferencias de los pacientes y familiares o la adecuación de los pacientes al propio tratamiento y disponibilidad del mismo.
  - o Tratamiento psicológico: terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal.
  - o Tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS), con el debido seguimiento médico.
  - o Tratamiento combinado (tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico).
- Destacar que junto con el tratamiento farmacológico se debe proporcionar información sobre: motivo de la prescripción, beneficios esperables, posible retraso del efecto terapéutico, posibles efectos secundarios y duración.
- Vigilar aparición de efectos adversos, especialmente en las cuatro primeras semanas.
- Los fármacos antidepresivos recomendados inicialmente en caso de depresión moderada son los ISRS, concretamente la fluoxetina. Considerando el criterio clínico y el perfil del paciente también se pueden elegir la sertralina, escitalopram y citalopram.
- Para niños y adolescentes se recomienda de entrada un tratamiento combinado. En aquellos casos en que solo se prescriba tratamiento farmacológico, debe ir asociado a un buen seguimiento clínico.
- Considerar derivar a hospital de día o ingreso en unidad de hospitalización cuando:
  - o Es una depresión grave que no responde al tratamiento.
  - o Haya factores de riesgo o comorbilidades graves.
  - o No se pueda hacer un buen seguimiento ambulatorio.

- Considerar especialmente ingreso en unidad de hospitalización:
  - o Si la depresión es muy grave (con síntomas psicóticos, síntomas graves de falta de apetito, pérdida de peso o cansancio extremo).
  - o Si existe riesgo elevado de suicidio.

Teniendo en cuenta todas estas recomendaciones, a pesar de que la elección de tratamiento por lo general depende de la gravedad de los síntomas, la combinación de la psicoterapia y los fármacos se considera altamente efectiva entre los jóvenes y las jóvenes que sufren depresión.

Entre las psicoterapias, la TCC es el tratamiento más efectivo según las evidencias contrastadas y es la intervención más recomendada para depresiones leves e incluso moderadas (Garber et al., 2018). Diversos estudios recientes han demostrado que la incorporación de la TCC en atención primaria por profesionales especializados es un tratamiento económico y socialmente rentable (Dickerson et al., 2018, Rinke et al., In Press). Sin embargo, esto contrasta con la práctica clínica en nuestro y otros países (Keles y Idsoe, 2018) donde los adolescentes o jóvenes con depresión que se identifican en el ámbito de atención primaria acostumbran mayoritariamente a contar solo con la opción de tratamiento farmacológico.

Cabe puntualizar que se deben analizar mejor los componentes de la TCC para tratar de que ésta pueda llegar a ser aún más efectiva en el futuro. Es necesario que se analicen debidamente las características contextuales y estructurales entorno al uso de este tipo de intervenciones ya que de momento los estudios sugieren que cuando la TCC contiene componentes de activación del comportamiento y cuando los padres o cuidadores se involucran plenamente, mejora su eficacia (Oud et al., 2019), así que aún queda mucho por estudiar y en especial en relación a aquellos grupos de mayor riesgo o mayor gravedad de los síntomas depresivos.

Otra cuestión relevante es que dada la alta comorbilidad de la depresión con la ansiedad (alrededor de un 75% de los casos), es importante que las intervenciones se dirijan de forma global al tratamiento de los síntomas internalizados en vez de centrarse en un determinado diagnóstico. La comorbilidad con la ansiedad puede alcanzarse a través de que a veces una es la causa de otra u otras veces coexisten por la misma vía de desarrollo (Cummings et al., 2014; Ranøyen et al., 2018), por tanto la intervención sobre ambos aspectos es crucial para tener un curso y pronóstico favorable y permitirá prevenir futuros trastornos emocionales.

Una vez realizadas las intervenciones de un u otro tipo, es también importante señalar que se deben conducir trabajos de investigación destinados a evaluar la significación clínica y el grado de efectividad de las intervenciones. Cualquier tipo de intervención debe ser sometida a seguimiento y evaluación, con lo que es importante contar con indicadores que sirvan para llevar a cabo dicha evaluación. Y ya para completar este punto, algunos aspectos a nivel de intervención que también quedan pendientes de revisión y de estudio mediante líneas de investigación futuras son el uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación para llevar a cabo las intervenciones, es necesario que los avances continuos que se producen en este campo se vean plasmados en el abordaje de esta problemática. Así, actualmente contamos con el primer ensayo controlado aleatorio con el objetivo de investigar la eficacia y rentabilidad de las intervenciones en formato *online* para aplicar a niños y adolescentes con

riesgo de depresión. Entre otras cuestiones, se sugiere que es necesario mejorar el conocimiento sobre como es la conducta de búsqueda de ayuda y también es necesario prestar atención a aspectos poco estudiados como son los efectos negativos y limitaciones de este tipo de intervenciones. Todo con la finalidad de mejorar la oferta de programas además de mejorar también los procesos de asignación a cada programa según las características del niño o adolescente (Baldofski et al., 2019).

**Agradecimientos:** Este trabajo ha sido apoyado por la Red PROEMA “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes” otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

#### Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A.** (2001). Manual for the Aseba school-age forms y profiles: an integrated system of multi-informant assessment (Research C). Burlington, VT: University of Vermont: Research Center for Childreynouth and Families.
- Agerup, T.; Lydersen, S.; Wallander, J., y Sund, A. M.** (2014). “Longitudinal course of diagnosed depression from ages 15 to 20 in a community sample: Patterns and parental risk factors”. *Child Psychiatry y Human Development*, 45, pp. 753-764.
- American Psychiatric Association** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5<sup>th</sup> ed. (DSM-5). Washington, DC: Author.
- Angold, A., y Costello, E. J.** (2000). “The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA)”. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 39, pp. 39-48.
- Angold, A.; Costello, E. J.; Messer, S. C.; Pickles, A.; Winder, F., y Silver, D.** (1995). “The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents”. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, pp. 237 - 249.
- Baldofski, S.; Kohls, E.; Bauer, S.; Becker, K.; Bilic, S.; Eschenbeck, H.; ... y Voß, E.** (2019). “Efficacy and cost-effectiveness of two online interventions for children and adolescents at risk for depression (E. motion trial): study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD consortium”. *Trials*, 20, pp. 53.
- Baxter, A. J.; Vos, T.; Scott, K. M.; Ferrari, A. J., y Whiteford, H. A.** (2014). “The global burden of anxiety disorders in 2010”. *Psychological Medicine*, 44, pp. 2363-2374.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B. F., y Emery, G.** (2012). Terapia cognitiva de la depresión, Madrid: Desclée De Brown.
- Beck, A. T.; Steer, R. A., y Brown, G. K.** (1996). Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bleys, D.; Luyten, P.; Soenens, B., y Claes, S.** (2018). “Gene-environment interactions between stress and 5-HTTLPR in depression: a meta-analytic Update”. *Journal of Affective Disorders*, 226, pp. 339-345.
- Breslau, J.; Gilman, S. E.; Stein, B. D., Ruder, T.; Gmelin, T., y Miller, E.** (2017). “Sex differences in recent first-onset depression in an epidemiological sample of adolescents”. *Translational Psychiatry*, 7, e1139.
- Canals, J.; Domènech, E.; Fernández-Ballart, J., y Marti-Henneberg, C.** (2002). “Predictors of depression at eighteen. A 7-year follow-up study in a Spanish nonclinical population”. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 11, pp. 226-233.
- Canals, J.; Hernández-Martínez, C.; Sáez, M., y Arija, V.** (2018). “Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years?”. *Psychiatry Research*, 268, pp. 328-334.
- Canals, J.; Marti-Henneberg, C.; Fernández-Ballart, J., y Domènech, E.** (1995). “A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population”. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 4, pp. 102-111.
- Carballo, J. J.; Muñoz-Lorenzo, L.; Blasco-Fontecilla, H.; Lopez-Castroman, J.; García-Nieto, R.; Dervic, K., ... y Baca-García, E.** (2011). “Continuity of depressive disorders from childhood and adolescence to adulthood: a naturalistic study in community mental health centers”. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 13, PCC.11m01150.

- Clarke, G. N.; Lewinsohn, P. M., y Hops, H.** (1990). Instructor's manual for the adolescent coping with depression course. Eugene, OR: Castalia Press.
- Clarke, G. N.; Hawkins, W.; Murphy, M.; Sheeber, L. B.; Lewinsohn, P. M., y Seeley, J. R.** (1995). "Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention". *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 34, pp. 312-321.
- Costello, E. J.; Edelbrock, C. S., y Costello, A. J.** (1985). "Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: A comparison between psychiatric and pediatric referrals". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, pp. 579-595.
- Costello, E.; Erkanli, A., y Angold, A.** (2006). "Is there an epidemic of child or adolescent depression?". *Journal of Child Psychology y Psychiatry*, 47, pp. 1263-1271.
- Copeland, W. E.; Shanahan, L.; Egger, H.; Angold, A., y Costello, E. J.** (2014). "Adult diagnostic y functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder". *American Journal of Psychiatry*, 171, pp. 668-674.
- Cummings, C. M.; Caporino, N. E., y Kendall, P. C.** (2014). "Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after". *Psychological Bulletin*, 140, pp. 816- 845.
- Da Conceição Machado, F.; De Souza L.; Rangel, M.; Palomino Jarab, Z., y Franco, M. C.** (2018). "Implication of galanin gene rs948854 polymorphism in depressive symptoms in adolescents". *Hormones y Behavior*, 97, pp. 14-17.
- Del Barrio, V.** (2014). "Depresión mayor y distimia". En: L. Ezpeleta y J Toro (Coords.), *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- De la Vega, D.; Piña, A.; Peralta, F. J.; Kelly, S. A., y Giner, L.** (2018). "A Review on the General Stability of Mood Disorder Diagnoses Along the Lifetime". *Current Psychiatry Reports*, 20, pp. 29.
- Dickerson, J. F.; Lynch, F. L.; Leo, M. C.; DeBar, L. L.; Pearson, J.; Merry, S. N., y Hetrick, G. N.** (2018). "Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for depressed youth declining antidepressants". *Pediatrics*, 141, pp. e20171969.
- Eaton, W. W.; Smith, C.; Ybarra, M.; Muntaner, C., y Tien, A.** (2004). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: review y revision (CESD y CESD-R). En: Maruish ME, ed. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. 3rd ed. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ezpeleta, L.; De la Osa, N.; Júdez, J.; Doménech, J. M.; Navarro, J. B., y Losilla, J. M.** (1997). "Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA-R in a Spanish outpatient sample". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, pp. 431-440.
- Fernández-Pinto, I.; Santamaría, P.; Sánchez-Sánchez, F.; Carrasco, M. A., y Del Barrio, V.** (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico. Madrid: TEA Ediciones.
- Garber, J.; Weersing, V. R.; Hollon, S. D.; Porta, G.; Clarke, G. N.; Dickerson, J. F., ... y Brent, D. A.** (2018). "Prevention of depression in at-risk adolescents: moderators of long-term response". *Prevention Science*, 19, pp. 6-15.
- Geronazzo-Alman, L.; Guffanti, G.; Eisenberg, R.; Fan, B.; Musa, G. J.; Wicks, J., ... y Hoven, C.** (2018). "Comorbidity classes and associated impairment, demographics y 9/11-exposures in 8,236 children and adolescents". *Journal of Psychiatric Research*, 96, pp. 171-177.
- Gillham, J. E.; Jaycox, L. H.; Reivich, K. J.; Seligman, M. E. P., y Silver, T.** (1990). *The Penn Resiliency Program*. Philadelphia: University of Pennsylvania. Unpublished manual.
- Goodman, R.** (1997). "The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, pp. 581-586.
- Goodman, R.; Ford, T.; Richards, H.; Gatward, R., y Meltzer, H.** (2000). "The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, pp. 645-55.
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia** (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia*. Actualización. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico Avalia-t.
- Haroz, E.; Ybarra, M., y Eaton, W.** (2014). "Psychometric evaluation of a self-report scale to measure adolescent depression: the CESDR-10 in two national adolescent samples in the United States". *Journal of Affective Disorders*, 158, pp. 154-160.

- Herzog, D. B., y Eddy, K. T.** (2018). Comorbidity in eating disorders. En: Stephen Wonderlich, James Mitchell, Martine de Zwaan(Eds), *Annual Review of Eating Disorders*. NY: Taylor y Francis Group.
- Hill, R. M.; Pettit, J. W.; Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R., y Klein, D. N.** (2014). "Escalation to major depressive disorder among adolescents with subthreshold depressive symptoms: Evidence of distinct subgroups at risk". *Journal of Affective Disorders*, 158, pp. 133-138.
- Izaguirre, A., y Calvete, E.** (2018). "Exposure to family violence and internalizing and externalizing problems among Spanish adolescents". *Violence y Victims*, 33, pp. 368-382.
- Jaureguizar, J.; Bernaras, E.; Soroa, M.; Sarasa, M., y Garaigordobil, M.** (2015). "Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, pp. 245-264
- Johnson, J. G.; Harris, E. S.; Spitzer, R. L., y Williams, J. B.** (2002). "The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients". *Journal of Adolescent Health*, 30, pp. 196-204.
- Joinson, C.; Kounali, D., y Lewis, G.** (2017). "Family socioeconomic position in early life and onset of depressive symptoms and depression: a prospective cohort study". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, pp. 95-103.
- Jones, R. B.; Thapar, A.; Stone, Z.; Thapar, A.; Jones, I.; Smith, D., y Simpson, S.** (2018). "Psychoeducational interventions in adolescent depression: a systematic review". *Patient Education and Counseling*, 101, pp. 804-816.
- Kaufman, J.; Birmaher, B.; Brent, D.; Rao, U. M. A.; Flynn, C.; Moreci, P., ... y Ryan, N.** (1997). "Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data". *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 36, pp. 980-988.
- Keles, S., y Idsoe, T.** (2018). "A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression". *Journal of Adolescence*, 67, pp. 129-139.
- Kessler, R. C.; Avenevoli, S.; Costello, E. J.; Georgiades, K.; Green, J. G.; Gruber, M. J., ... y Sampson, N. A.** (2012). "Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement". *Archives of General Psychiatry*, 69, pp. 372-380.
- Kovacs, M.** (1992). *CDI. Multi-Health Systems, Inc., North Tonawanda, NY.*
- Kitay, y Inouey** (2017). "The direct/indirect association of ADHD/ODD symptoms with self-esteem, self-perception, and depression in early adolescents". *Frontiers in Psychiatry*, 8, pp 137.
- Lang, M., y Tisher, M.** (2014). *CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Manual, 8.ª edición* (Seisdedos, N., adaptador). Madrid: TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1978).
- Lasalvia, A.; Zoppei, S.; Van Bortel, T.; Bonetto, C.; Cristofalo, D.; Wahlbeck, K., ... y Germanavicius, A.** "Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey". *Lancet*, 381, pp. 55-62.
- Loechner, J.; Starman, K.; Galuschka, K.; Tamm, J.; Schulte-Körne, G.; Rubel, J., y Platt, B.** (2018). "Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials". *Clinical Psychology Review*, 60, pp. 1-14.
- Loth, A. K.; Drabick, D. A.; Leibenluft, E., y Hulvershorn, L. A.** (2014). "Do childhood externalizing disorders predict adult depression? A meta-analysis". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, pp. 1103-1113.
- Lozano, E.; García-Cueto, L. M., y Lozano** (2006). *CECAD. Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lu, W.** (2019). "Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors y Healthcare Disparities". *American Journal of Health Behavior*, 43, pp. 181-194.
- Magklara, K.; Bellas, S.; Niakas, D.; Stylianidis, S.; Kolaitis, G.; Mavreas, V., y Skapinakis, P.** (2015). "Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece". *BMC Psychiatry*, 15, pp. 199.
- Mayes, T. L.; Bernstein, I. H.; Haley, C. L.; Kennard, B. D., y Emslie, G. J.** (2010). "Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents". *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20, pp. 513-516.

- McDonough-Caplan, H.; Klein, D. N., y Beauchaine, T. P.** (2018). "Comorbidity y continuity of depression and conduct problems from elementary school to adolescence". *Journal of Abnormal Psychology*, 127, pp. 326-337.
- Merianos, A. L.; Swoboda, C. M.; Oluwoye, O. A.; Gilreath, T. D., y Unger, J. B.** (2018). "Depression and Alcohol Use in a National Sample of Hispanic Adolescents". *Substance Use and Misuse*, 53, pp. 716-723.
- Merikangas, K. R.; He, J. P.; Burstein, M.; Swanson, S. A.; Avenevoli, S.; Cui, L., ... y Swendsen, J.** (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 49, pp. 980-989.
- Men'y, S. N.; Hetrick, S. E.; Cox, G. R.; Brudevold-Iversen, T.; Bir, J. J. y McDowell, H.** (2011). "Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents". *Cochrane Database Systematic Reviews*, 12.
- Mihalopoulos, C.; Vos, T.; Pirkis, J.; Smit, F., y Carter, R.** (2011). "Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money?" *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, pp. 36-44.
- Mojtabai, R.; Olfson, M., y Han, B.** (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, e20161878. Mrazek, P. y Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
- Ormel, J.; Raven, D.; Van Oort, F.; Hartman, C. A.; Reijneveld, S. A.; Veenstra, R., ... y Oldehinkel, A. J.** (2015). "Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders". *Psychological Medicine*, 45, pp. 345-360.
- Ortuño-Sierra J.; Fonseca-Pedrero E.; Inchausti F., y Sylvia Sastre** (2016). "Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)". *Papeles del Psicólogo*, 37, pp. 14-26
- Oud, M.; De Winter, L.; Vermeulen-Smit, E.; Bodden, D.; Nauta, M.; Stone, L., ... y Engels, R.** (2019). "Effectiveness of CBT for children y adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis". *European Psychiatry*, 57, pp. 33-45.
- Paschall, M. J., y Bersamin, M.** (2018). "School-based mental health services, suicide risk and substance use among at-risk adolescents in Oregon". *Preventive Medicine*, 106, pp. 209-215.
- Patel V.** (2017). Talking sensibly about depression. *PLoS Medicine*, 14, pp. e1002257.
- Peris, T. S.; Rozenman, M.; Bergman, R. L.; Chang, S.; O'Neill, J., y Piacentini, J.** (2017). "Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessivecompulsive disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 93, pp. 72-78.
- Polanczyk, G. V.; Salum, G. A.; Sugaya, L. S.; Caye, A., y Rohde, L. A.** (2015). "Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents". *Journal of Child Psychology y Psychiatry*, 56, pp. 345-365.
- Poznanski, E. O.; Grossman, J. A.; Buchsbaumy; Banegas, M.; Freeman, L., y Gibbons, R.** (1984). "Preliminary studies of the reliability and validity of the children's depression rating scale". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, pp. 191-197.
- Radloff, L. S.** "The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults". (1991). *Journal of Youth and Adolescence*, 20, pp. 149-166.
- Ranøyen, I.; Lydersen, S.; Larose, T. L.; Weidle, B.; Skokauskas, N.; Thomsen, P. H., ... y Indredavik, M. S.** (2018). "Developmental course of anxiety y depression from adolescence to young adulthood in a prospective Norwegian clinical cohort". *European Child y Adolescent Psychiatry*, pp. 1-11.
- Reich, W.; Shayka, J. J., y Taibleson, Ch.** (1991). Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescen-DICA-R (L. Ezpeleta, Trans.). Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Rinke, M. L.; German, M.; Azera, B.; Heo, M.; Brown, N. M.; Gross, R. S., ... y Briggs, R. D.** (In Press). "Effect of Mental Health Screening and Integrated Mental Health on Adolescent Depression-Coded Visits". *Clinical Pediatrics*.
- Sánchez-Hernández, O.** (2012). Eficacia de sendas intervenciones de psicología positiva para la promoción del bienestar y la prevención de la depresión infantil y de la depresión adolescente. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.

- Sánchez-Hernández, Ó.; Méndez, F. X., y Garber, J.** (2014). "Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, pp. 63-76.
- Sequeira, M. E.; Lewis, S. J.; Bonilla, C.; Smith, G. D., y Joinson, C.** (2017). "Association of timing of menarche with depressive symptoms y depression in adolescence: Mendelian ryomisation study". *The British Journal of Psychiatry*, 210, pp. 39-46.
- Sheehan, D. V.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K. H.; Amorim, P.; Janavs, J.; Weiller, E., ... y Dunbar, G. C.** (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10". *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, pp. 22-33.
- Shochet, I. M.; Dadds, M. R.; Holland, D.; Whitefield, K.; Harnett, P. H., y Osgarby, S. M.** (2001). "The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression". *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, pp. 303-315.
- Silverman, W. K., y Albano, A. M.** (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV): Child and Parent Interview Schedules*. Oxford University Press.
- Siu, A. L.** (2016). "Screening for depression in children y adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement". *Annals of Internal Medicine*, 164, pp. 360-366.
- Sousa, C.; Mason, W. A.; Herrenkohl, T. I.; Prince, D.; Herrenkohl, R. C., y Russo, M. J.** (2018). "Direct and indirect effects of child abuse and environmental stress: A lifecourse perspective on adversity and depressive symptoms". *American Journal of Orthopsychiatry*, 88, pp. 180.
- Spence, S. H.; Sheffield, J. K., y Donovan, C. L.** (2003). "Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life program". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, pp. 3-13.
- Starr, L. R.; Hamen, C.; Brennan, P. A., y Najman, J. M.** (2013). "Relational security moderates the effect of serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) on stress generation and depression among adolescents". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, pp. 379-388.
- Van Roekel, E.; Verhagen, M.; Engels, R. C., y Kuppens, P.** (2018). Variation in the serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) and inertia of negative and positive emotions in daily life. *Emotion*, 18, pp. 229.
- Wang, C.; Xiay Li, W.; Wilson, S. M.; Bush, K., y Peterson, G.** (2016). "Parenting behaviors, adolescent depressive symptoms, and problem behavior: the role of self-esteem and school adjustment difficulties among Chinese adolescents". *Journal of Family Issues*, 37, pp. 520-542.
- Wesselhoeft, R.; Sørensen, M. J.; Heiervang, E. R., y Bilenberg, N.** (2013). "Subthreshold depression in children and adolescents –a systematic review". *Journal of Affective Disorders*, 151, pp. 7-22.
- Wiens, K.; Williams, J. V.; Lavorato, D. H.; Duffy, A.; Pringsheim, T. M.; Sajobi, T. T., y Patten, S. B.** (2017). "Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014". *Journal of Affective Disorders*, 210, pp. 22-26.
- Wigner, P.; Czarny, P.; Galecki, P.; Su, K. P., y Sliwinski, T.** (2018). "The molecular aspects of oxidative y nitrosative stress and the tryptophan catabolites pathway (TRYCATs) as potential causes of depression". *Psychiatry Research*, 262, pp. 566-574.
- World Health Organization** (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- Wykes, T.; Haro, J. M.; Belli, S. R.; Obradors-Tarragó, C.; Arango, C.; Ayuso-Mateos, J. L., ... y Elfeddali, I.** (2015). "Mental health research priorities for Europe". *The Lancet Psychiatry*, 2, pp. 1036-1042.
- Young, J. F., y Mufson, L.** (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. Nueva York: Columbia University.
- Zavaglia, E., y Bergeron, L.** (2017). "Systematic review of comorbidity between DSM disorders and depression according to age and sex in youth". *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58, pp. 124.
- Zhao, M.; Chen, L.; Yang, J.; Han, D.; Fang, D.; Qiu, X., ... y Jiang, S.** (2018). "BDNF Val66Met polymorphism, life stress and depression: A meta-analysis of gene-environment interaction". *Journal of Affective Disorders*, 227, pp. 226-235.
- Zuckerbrot, R. A.; Cheung, A.; Jensen, P. S.; Stein, R. E.; Laraque, D., y GLAD-PC STEERING GROUP** (2018). "Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management". *Pediatrics*, pp. e20174081.