

# Guia farmacoterapèutica de la depressió en infants i adolescents



## GTS Vallès Occidental Est

# **Guia farmacoterapèutica de la depressió en infants i adolescents**

**GTS Vallès Occidental Est**

**Juliol de 2011**

## **Grup de treball**

- Carmen Ruiz Martín. Metgessa de família. EAP Montcada i Reixac. Institut Català de la Salut
- Joaquim Puntí i Vidal. Psicòleg clínic i psicoterapeuta de l'European Federation of Psychologists Associations. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell
- Miquel Puente Capdevila. Metge de família. SAP Sabadell. Institut Català de la Salut
- Montserrat Grau Montserrat. Psiquiatra. Fundació Eulàlia Torras de Beà
- Montserrat Pàmias Massana. Psiquiatra. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí
- Pablo Arigon Gaudiano. Pediatre. SAP Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut
- Ricardo Migliorelli Toppi. Psiquiatre. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell
- Roser Vallès Fernández. Farmacèutica. SAP Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut
- Sandra Rodríguez Garcia. Metge de medicina familiar i comunitària. SAP Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut

## **Coordinació**

- Cristina López Velázquez. Regió Sanitària Barcelona. Servei Català de la Salut
- Pilar López Tirado. Regió Sanitària Barcelona. Servei Català de la Salut

# ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ .....	4
2. JUSTIFICACIÓ.....	7
3. OBJECTIUS .....	8
4. DETECCIÓ DE LA DEPRESSIÓ INFANTIL.....	9
5. CIRCUIT DIAGNÒSTIC .....	11
5.1. PAS 1: SIGNES D'ALARMA .....	12
5.2. PAS 2: PASSAR QÜESTIONARI .....	15
CARACTERÍSTIQUES PRINCIPALS DEL TEST CDI.....	15
CARACTERÍSTIQUES PRINCIPALS DEL TEST BDI.....	19
5.3. PAS 3: DERIVACIÓ AL CSMIJ .....	23
DIAGNÒSTIC.....	23
TRACTAMENT.....	28
A. PSICOTERÀPIA .....	28
B. FARMACOTERÀPIA .....	28
C. TRACTAMENT DE LA DEPRESSIÓ RESISTENT .....	31
ANNEX 1. CLASSIFICACIONS DELS TRASTORNS MENTALS .....	32
ANNEX 2. RECOMANACIONS TERAPÈUTIQUES.....	34
ANNEX 3. TÈCNiques DE PSICOTERÀPIA.....	46
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES GENERALS .....	50
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES DE LA TAULA 8 (TRACTAMENTS FARMACOLÒGICS)....	54
GUIES CLÍNiques D'INTERÈS.....	55

# 1. Introducció

La depressió major és un trastorn que en l'edat pediàtrica oscil·la entre l'1-2 % dels nens de 6 a 12 anys i el 2-5% dels adolescents. La freqüència d'aparició de la depressió és igual en nens i nenes fins a la pubertat, quan les nenes van incrementant 2:1 respecte als nois.

En el trastorn depressiu l'estat d'ànim es caracteritza per la tristesa i/o irritabilitat, hipersensibilitat, actitud negativa i dificultat per a ser complagut. La irritabilitat és freqüent en aquest grup d'edat, sobretot en l'adolescència, i moltes vegades és una manifestació de la hipotímia, que ja verbalitzen de manera semblant als adults.

La pèrdua d'interessos i de plaer es pot manifestar com una disminució en la socialització: mostren una menor participació en els grups, un menor interès social i no intenten fer amics. L'observació externa per part de pares i professors sol coincidir amb la percepció interna del nen. Les mostres d'avorriment o passotisme en l'adolescència, així com el canvi a grups d'amics menys normatius, també poden ser una manifestació d'aquesta anhedonia.

També s'ha de valorar un canvi d'actitud envers l'escola: un rebuig a anar a l'escola pot ser el signe d'alerta. Els nens amb trastorn depressiu major presenten una variabilitat en aquesta actitud, ja que és més fàcil que puguin anar a l'escola a les tardes, per la variació diürna de l'estat d'ànim en la depressió.

Altres símptomes depressius són: les queixes somàtiques, l'alteració de la gana i del son. Les queixes somàtiques tendeixen a ser queixes inespecífiques com cefalea, dolor abdominal i d'altres en què no es troba una causa física. Normalment es produeix una disminució de la gana que va acompanyada d'una disminució de pes o bé de la manca de l'increment esperat segons la seva corba de creixement. Les queixes d'insomni inicial són les més freqüents en els nens i adolescents deprimits. També pot provocar despertars freqüents i sensació subjectiva de no haver descansat, fatiga mental o física (essent menys actius en les seves activitats esportives o d'altres tipus) i/o somnolència o avorriment durant les activitats.

La depressió va acompanyada d'idees d'autodespreci, culpa o inutilitat (tothom m'odia, no sóc una bona persona, és per culpa meua, no serveixo per a res...). En edats escolars els és difícil expressar els sentiments d'inutilitat o de culpa, però pot evidenciar-se en la seva conducta. També pot aparèixer una preocupació excessiva o abandonament de la seva imatge corporal.

Els problemes d'atenció i concentració en els nens sovint es manifesten com una alteració en el rendiment escolar. El/la nen/a perd l'interès per les activitats escolars, realitza els treballs de manera incompleta i rendeix menys. En els adolescents també s'hi associa la indecisió.

Actualment no coneixem una sola causa de la depressió, però els antecedents familiars de depressió i de consum de tòxics, esdeveniments estressants i determinats trets de la personalitat són factors de vulnerabilitat que sabem que predisposen a aquest trastorn.

A l'inici, el tractament psicològic és el més indicat en nens. Tenim evidència científica procedent de metaanàlisis, revisions sistemàtiques, o assaigs clínics, de la resposta dels nens i adolescents a tècniques psicoterapèutiques de tipus cognitivoconductual i de psicoteràpia interpersonal. La teràpia psicodinàmica individual i la teràpia familiar tenen un grau d'evidència menor (Guía de Práctica Clínica sobre Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, 2009). Si la depressió és moderada o greu, o bé no hi ha resposta al tractament psicològic, cal prescriure el tractament antidepressiu amb fàrmacs inhibidors selectius de la recaptació de serotonina com a primera opció.

## 2. Justificació

Aquesta guia, emmarcada en el territori del Govern Territorial de Salut del Vallès Occidental Est, està elaborada per professionals dels equips d'atenció primària de salut i dels professionals dels centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) del territori.

L'atenció primària de salut és la porta d'entrada dels usuaris al sistema sanitari. L'alta prevalença dels factors psicològics presents en els trastorns de salut generals fa que el paper de l'atenció primària sigui clau en la detecció i resolució dels trastorns mentals menys greus. Per desenvolupar aquest rol d'una manera eficient és imprescindible el suport dels equips d'atenció especialitzada en salut mental als professionals d'atenció primària.

Amb aquesta finalitat, un dels objectius del Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya és millorar la detecció precoç i la capacitat resolutiva dels equips d'atenció primària de salut, a través, entre d'altres projectes, de l'elaboració de guies consensuades entre els equips d'atenció primària i els serveis especialitzats de salut mental, per a l'abordatge del maneig dels professionals de l'atenció primària de salut de les patologies més prevalents en aquest àmbit: trastorns d'ansietat, depressió, diagnòstic diferencial en el trastorn bipolar, risc de suïcidi, trastorns somatomorfs, consum i abús de substàncies.

### 3. Objectius

Els principals objectius de la guia són els següents:

- Informar, identificar i tractar correctament la depressió per poder millorar la prevenció d'aquestes malalties.
- Ser una eina operativa i fàcil d'utilitzar.
- Ajudar a aclarir conceptes als professionals dels equips d'atenció primària per ampliar les seves eines en la detecció de la depressió infantil i juvenil.
- Fer una primera exploració bàsica psiquiàtrica en una visita.
- Consensuar un circuit assistencial que determini quin és el rol que toca als equips d'atenció primària i als centres de salut mental infantil i juvenil.
- Establir un ús racional de la medicació amb indicacions clares de quan s'ha d'iniciar i com s'ha de fer el seguiment dels tractaments.
- Consensuar i definir un circuit de derivació de qualitat i de coresponsabilitat dels pacients.

## 4. Detecció de la depressió infantil

Els trastorns depressius en la infància i adolescència no tenen un apartat específic infantojuvenil en les classificacions de CIE-10<sup>1</sup> i DSM-IV-TR<sup>2</sup>, aquestes difereixen en alguns aspectes, però en el nucli de les dues es defineix el concepte de depressió com un trastorn episòdic amb diferents graus de gravetat, que es caracteritzen per un ànim deprimit o la pèrdua de gaudir que persisteix com a mínim dues setmanes. També pot anar acompanyat d'altres símptomes.

El DSM-IV-TR estableix que en els nens l'estat d'ànim irritable pot substituir l'ànim deprimit, que la pèrdua de pes pot manifestar-se com el fracàs en aconseguir l'increment de pes esperat per l'edat i que la distímia ha de durar un any per tal que es pugui diagnosticar (dos en els adults). Destaca, també, que alguns símptomes físics, com l'aïllament o les queixes somàtiques, són particularment freqüents en els nens. La CIE-10 només assenyala de manera específica que les formes de depressió atípiques són freqüents en l'adolescència. Les dues classificacions determinen que el període de duració ha de ser com a mínim de dues setmanes per al diagnòstic de quadre depressiu major (vegeu taula 1).

---

<sup>1</sup> CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

<sup>2</sup> DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, 4a. Edición

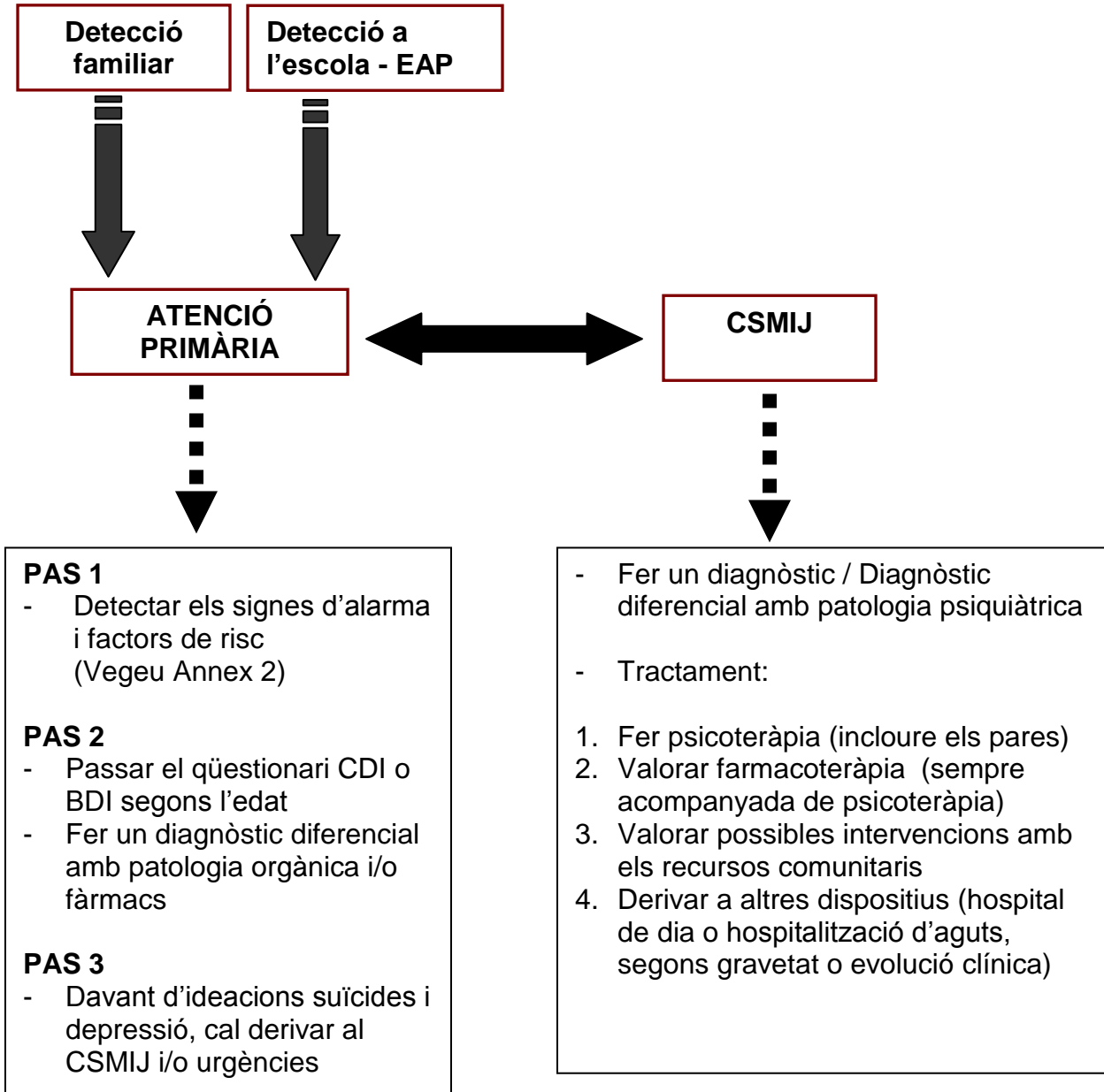
**Taula 1. Diagnòstic i tractament**

Diagnòstic	Tractament
- Depressió lleu	<ul style="list-style-type: none"><li>• Detecció a l'atenció primària</li><li>• Vegeu pautes de consells i tractament (Annex 1)</li><li>• Psicoteràpia. 8 setmanes de psicoteràpia</li></ul>
- Depressió moderada o greu	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psicoteràpia. 8 setmanes de psicoteràpia</li><li>• Tractament farmacològic</li></ul>

Si el pacient expressa idees suïcides o intenció de risc autolític, cal derivar el pacient a urgències psiquiàtriques.

L'exploració psicopatològica de la depressió infantojuvenil s'ha de fer amb tècniques específiques verbals i observacionals, ja que les limitacions cognitives i de verbalització pròpies d'aquesta edat poden impedir una detecció correcta de la depressió. En general, la depressió infantil té una forma de presentació polimorfa i pot emmascarar-se amb altres símptomes que apareixen en determinats quadres psicopatològics. La seva manifestació somàtica està condicionada per l'edat del/de la nen/a.

## 5. Circuit diagnòstic



## 5.1. Pas 1: Signes d'alarma

Els signes d'alarma que hem de considerar per diagnosticar la depressió infantil són diferents segons l'edat del nen, ara bé, un dels signes d'alarma que hem de tenir presents a totes les edats és valorar la història clínica familiar psiquiàtrica dels pares. Hi ha evidència que hi ha més probabilitats que un infant pateixi una depressió si un dels pares ha patit o pateix una depressió.

Podem agrupar la clínica d'acord amb el desenvolupament psicoevolutiu del/de la nen/a:

- **Menors de 7 anys:** el símptoma de presentació més freqüent és l'ansietat. Manifesten irritabilitat, aïllament, rabietes freqüents, plors immotivats, queixes somàtiques (cefalees, dolors abdominals), pèrdua d'interès pel joc habitual, cansament excessiu o augment de l'activitat motora i abúlia. També pot presentar un fracàs per assolir el pes per la seva edat cronològica, retard psicomotor o dificultat en el desenvolupament emocional. En nens petits, el trastorn depressiu major s'associa amb freqüència amb els trastorns d'ansietat, les fòbies escolars i els trastorns d'eliminació (encopresi, enuresi).
- **Nens de 7 anys en edat puberal:** els símptomes es manifesten principalment en tres esferes:
  - a. Esfera afectiva i conductual: irritabilitat, aïllament, agressivitat, agitació psicomotriu o apatia, astènia, abúlia, anergia, tristesa i sensació freqüent d'avorriment.
  - b. Activitat escolar: falta de concentració, disminució del rendiment escolar, absentisme escolar.

- c. Esfera somàtica: cefalees, dolor abdominal, trastorns del control d'esfínters, trastorns del son (insomni o hipersomnia), no arribar al pes per la seva edat cronològica, i disminució o augment de la gana.
- **Adolescents:** els símptomes són iguals que en edat puberal, s'observen més conductes negatives i antisocials, abús d'alcohol i substàncies, irritabilitat, aïllament, inquietud, mal humor, agressivitat, fugues, sentiments de no ser acceptat, falta de cooperació amb la família, aïllament, falta d'higiene personal, retraïment social amb hipersensibilitat, tristesa i falta de capacitat per experimentar plaer.

### **Diagnòstic diferencial**

L'estudi de la psicopatologia infantil ha mostrat que la comorbiditat és una regla més que una excepció.

A la taula 2, 3 i 4 es mostren els principals fàrmacs, malalties i tòxics que poden manifestar-se amb símptomes depressius en nens i adolescents.

**Taula 2. Diagnòstic diferencial orgànic**

Sistema	Malaltia	Exploracions complementàries
Malalties del sistema nerviós central	Esclerosi múltiple Epilèpsia Malaltia de Wilson  Traumatisme craneoencefàlic Tumors del SNC Cefalea migranyosa	RMN <sup>3</sup> EEG <sup>4</sup> Proves hepàtiques Coure i ceruloplasmina en plasma i orina Anamnesi, TAC cranial TAC cranial Anamnesi cefalea
Malalties del sistema endocrí	Diabetis tipus I Hipotiroïdisme Malaltia d'Addison Malaltia de Cushing	Corba de glucèmia TSH basal, T4 Cortisol basal Cortisol basal
Malalties del sistema hematològic	Anèmia ferropènica Dèficit de vitamina B12	Hemograma, Ferritina, Fe++ Hemograma, B12 en plasma
Malalties autoimmunes	Lupus eritematós sistèmic	Proves reumatològiques
Malalties infeccioses	Mononucleosi infecciosa Hepatitis aguda infecciosa Hepatitis crònica infecciosa Virus immunodeficiència humana	Reacció de Paul- Bunnell Serologia hepatovirus A,B Serologia hepatovirus B,C Serologia VIH
Consum o abstinència a tòxics	Alcohol Cànnem Cocaïna Amfetamines Opioides	Anamnesi del consum Etanol en plasma Proves de funció hepàtica Cribratge de drogues d'abús en orina

**Taula 3. Diagnòstic diferencial de fàrmacs**

Fàrmacs	Corticoides Interferó Antipsicòtics Estimulants Anticonceptius orals	Anamnesi del tractament farmacològic patat
---------	--	--

**Taula 4. Diagnòstic diferencial psiquiàtric**

Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat Trastorn d'ansietat generalitzada Trastorn obsessiu compulsiu Trastorn bipolar Trastorns adaptatius amb estat d'ànim depressiu Trastorn negativista desafiant / dissocial Trastorn de l'espectre autista
--

<sup>3</sup> RMN: ressonància magnètica nuclear.

<sup>4</sup> EEC: electroencefalografia.

## 5.2. Pas 2: Passar qüestionari

En els últims temps l'avaluació de la depressió infantil ha passat de ser un problema per falta d'instrumentalització adequada a convertir-se en un repte de precisió. Actualment hi ha una gran quantitat d'instruments diferents per fer un diagnòstic amb precisió. El grup de treball que ha elaborat la guia, després de valorar-ne algun d'ells, ha escollit com a test per al diagnòstic diferencial de la depressió infantil aquells instruments que tenen propietats psicomètriques adequades (fiabilitat, validesa i sensibilitat al canvi), i un temps d'administració breu.

En concret:

- Grup d'edat de 7 a 15 anys: el test de CDI.
- Grup d'edat de 16 a 18 anys: el test BDI.

### Característiques principals del test CDI

L'Inventari de depressió per a nens (Children's Depression Inventory –CDI-) de Kovacks (1992) és una escala de 27 elements que es presenten en tres frases de diferents intensitats del símptoma escollit, valorades amb una puntuació de 0-2. Els nens han d'escollir aquella frase que reflecteix millor la seva situació afectiva.

Característiques:

- Té 27 ítems que mesuren la simptomatologia depressiva.
- És el test més utilitzat en nens de 7 a 15 anys per al cribratge de la depressió.
- El test té una durada de 10 a 25 minuts.
- Cada element s'enuncia en tres frases amb tres nivells d'intensitat de simptomatologia depressiva amb una graduació diferent.

- Hi ha ítems directes i inversos.

Els ítems directes són: 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26 i 27.

Es puntuen en una escala de 0-2, on:

- a. 0: Absència de simptomatologia.
- b. 1: Simptomatologia lleu.
- c. 2: Simptomatologia depressiva.

Els ítems inversos són: 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24 i 25. Es puntuen en una escala de 0-2, on:

- d. 2: Simptomatologia depressiva.
- e. 1: Simptomatologia lleu.
- f. 0: Absència de simptomatologia.

- Puntuació total: s'obté sumant les puntuacions (0, 1 o 2) de tots els ítems
- Punt de tall: una puntuació de 19 o més indica presència de simptomatologia depressiva severa.

## TEST CDI

1.  Estic trist de tant en tant  
 Estic trist moltes vegades  
 Estic trist sempre
2.  Mai no em sortirà res bé  
 No estic segur de si les coses em sortiran bé  
 Les coses em sortiran bé
3.  Faig bé la majoria de les coses  
 Faig moltes coses malament  
 Tot ho faig malament
4.  Em diverteixen moltes coses  
 Em diverteixen algunes coses  
 Res no em diverteix
5.  Sóc dolent sempre  
 Sóc dolent moltes vegades  
 Sóc dolent algunes vegades
6.  A vegades penso que em poden passar coses dolentes  
 Em preocupa que em puguin passar coses dolentes  
 Estic segur que em passaran coses terribles
7.  M'odio  
 No m'agrada com sóc  
 M'agrada com sóc
8.  Totes les coses dolentes són culpa meva  
 Moltes coses dolentes són culpa meva  
 Generalment no tinc la culpa que passin coses dolentes.
9.  No penso a matar-me  
 Penso a matar-me però no ho faria  
 Vull matar-me
10.  Tinc ganes de plorar tots els dies  
 Tinc ganes de plorar molts dies  
 Tinc ganes de plorar de tant en tant
11.  Les coses sempre em preocupen  
 Les coses em preocupen moltes vegades  
 Les coses em preocupen de tant en tant
12.  M'agrada estar amb gent  
 No m'agrada estar amb gent molt sovint  
 No m'agrada gens estar amb gent
13.  No puc decidir-me  
 Em costa decidir-me  
 Em decideixo amb facilitat

14.  Tinc bon aspecte  
 Hi ha coses del meu aspecte que no m'agraden  
 Sóc lleig
15.  Sempre em costa posar-me a fer els deures  
 Moltes vegades em costa posar-me a fer els deures  
 No em costa posar-me a fer els deures
16.  Em costa adormir-me cada dia  
 Em costa adormir-me molts dies  
 Dormo molt bé
17.  Estic cansat de tant en tant  
 Estic cansat molts dies  
 Estic cansat sempre
18.  La majoria dels dies no tinc ganes de menjar  
 Molts dies no tinc ganes de menjar  
 Menjo molt bé
19.  No em preocupa ni el dolor ni la malaltia  
 Moltes vegades em preocupa el dolor i la malaltia  
 Sempre em preocupa el dolor i la malaltia
20.  No em sento sol  
 Em sento sol moltes vegades  
 Em sento sol sempre
21.  Mai em diverteixo a l'escola  
 Em diverteixo a l'escola de tant en tant  
 Em diverteixo a l'escola moltes vegades
22.  Tinc molts amics  
 Tinc molts amics però m'agradaria tenir-ne més  
 No tinc amics
23.  La meva feina a l'escola és bona  
 La meva feina a l'escola no és tan bona com abans  
 Porto molt malament les assignatures que abans portava bé
24.  Mai no podré ser tan bo com altres nens  
 Si ho vull puc ser tan bo com altres nens  
 Sóc tan bo com altres nens
25.  Ningú m'estima  
 No estic segur que algú m'estimi  
 Estic segur que algú m'estima
26.  Generalment faig el que em diuen  
 Moltes vegades no faig el que em diuen  
 Mai faig el que em diuen
27.  Em porto bé amb la gent  
 Em barallo moltes vegades  
 Em barallo sempre

## Característiques principals del test BDI

L'Inventari de depressió de Beck (Beck Depression Inventory –BDI-) és una escala per avaluar un ampli espectre de símptomes depressius.

Característiques:

- Té 21 ítems.
- És el test més utilitzat en adolescents de 16 a 18 anys.
- Les respostes es sistematitzen en 4 alternatives per a cada ítem, que avaluen la gravetat i la intensitat del símptoma. Es presenten ordenades de menor a major gravetat. Les preguntes fan referència al marc actual i a la setmana prèvia.
- Es puntuen en una escala de 0-3 per a tots els ítems.
- Puntuació total: s'obté sumant les puntuacions (0, 1, 2 o 3) de tots els ítems.
- Els punts de tall normalment acceptats per graduar-ne la intensitat i/o severitat són els següents:
  - a. No depressió: 0-9 punts
  - b. Depressió lleu: 10-18 punts
  - c. Depressió moderada: 19-29 punts
  - d. Depressió greu:  $\geq 30$  punts.

## TEST BDI

1.  No em sento trist  
 Em sento trist o deprimet  
 Em sento tan trist o infeliç que és molt dolorós  
 Em sento tan trist o infeliç que no ho puc suportar
2.  No em sento gaire pessimista o desanimat respecte al futur  
 Em sento desanimat respecte al futur  
 Sento que no tinc res a esperar  
 Sento que el futur és molt negre i que les coses no milloraran
3.  No em sento fracassat  
 Sento que he fracassat més que la majoria de la gent  
 Quan miro enrere, només veig fracassos  
 Em sento totalment fracassat com a persona
4.  No estic especialment insatisfet  
 No gaudeixo de les coses com abans  
 Ja no puc gaudir de res  
 Em sento insatisfet amb tot
5.  No em sento especialment culpable  
 Em sento malament i sense valor molt sovint  
 Em sento malament i sense valor gairebé sempre  
 Em sento com si jo fos molt dolent i menyspreable
6.  No crec que m'estigui castigant  
 Sento que em pot passar alguna cosa dolenta  
 Sento que em castiguen o que seré castigat  
 Sento que mereixo ser castigat
7.  No estic decebut de mi mateix  
 Estic decebut de mi mateix  
 Estic avorrit de mi mateix  
 M'odio a mi mateix
8.  No crec que sigui pitjor que la resta de la gent  
 Sóc molt crític amb les meves debilitats o errors  
 Crec que tinc molts defectes greus  
 Em culpo a mi mateix per qualsevol cosa que vagi malament
9.  No penso a fer-me mal  
 Penso a fer-me mal, però no ho faré  
 Tinc plans pensats per cometre suïcidi  
 Em mataria si tingués ocasió

10.  No ploro més del que és habitual  
 Ploro més que abans  
 Ploro contínuament i no ho puc aturar  
 Abans plorava molt, però ara no puc plorar encara que vulgui
11.  No estic més irritat que abans  
 M'enfado o irrito amb més facilitat que abans  
 Em sento irritat tot el temps  
 No m'irriten les coses que em solien enfadar
12.  No he perdut interès per la gent  
 Em sento menys interessat per la gent que abans  
 He perdut bona part de l'interès que tenia per la gent, i els tinc poc afecte  
 He perdut interès pels altres i no m'importen en absolut
13.  Prenc decisions amb tanta facilitat com abans  
 Em sento menys segur de mi mateix i intento ajornar les decisions  
 Ja no puc decidir sense ajuda  
 Ja no puc prendre cap decisió
14.  No sento que hagi empitjorat el meu aspecte  
 Em preocupa semblar vell o poc atractiu  
 Penso que el meu aspecte ha canviat definitivament, i que em fa semblar menys atractiu  
 Sento que sóc lleig o repulsiu
15.  Puc fer les coses tan bé com abans  
 Em suposa un esforç important començar a fer qualsevol cosa  
 M'he d'esforçar molt per fer qualsevol cosa  
 No puc fer la més mínima activitat
16.  Dormo tan bé com sempre  
 Em desperto més cansat que abans  
 Em desperto 1 o 2 hora més d'hora del que és habitual en mi i em costa tornar a adormir-me  
 Em desperto molt aviat cada dia i no puc dormir més de 5 hores
17.  No em canso més del que és habitual  
 Em canso amb més facilitat que abans  
 Em canso fent qualsevol cosa  
 Estic tan cansat que no puc fer res
18.  Tinc tanta gana com sempre  
 No tinc tanta gana com abans  
 He perdut molt la gana  
 No tinc gens de gana
19.  Últimament no he perdut pes  
 He perdut més de dos quilos i mig  
 He perdut més de quatre quilos  
 He perdut més de set quilos

Estic fent dieta per aprimar-me:      SÍ ◦      NO ◦

20.  No estic més preocupat per la meva salut del que és habitual  
 Estic preocupat pels meus mals d'estómac o pel restrenyiment o altres sensacions desagradables del cos  
 Estic tan preocupat per com em trobo o pel que sento que m'és difícil de pensar en res més  
 Estic del tot absorbit per com em trobo
21.  No he notat cap canvi recent en el meu interès pel sexe  
 Estic menys interessat pel sexe que abans  
 Ara estic molt menys interessat pel sexe  
 He perdut del tot l'interès pel sexe

### 5.3. Pas 3: Derivació al CSMIJ

- **Diagnòstic**

Els criteris diagnòstics de depressió més utilitzats, tant en la clínica com en els estudis d'investigació, són la Classificació internacional de malalties (Trastorns mentals i del comportament, CIE-10) i la de l'American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). Aquesta guia de pràctica clínica assumeix la classificació i definicions de depressió recollides en la desena revisió de la CIM (taules 5 i 6) amb els codis F32 (episodis depressius) i F33 (trastorn depressiu recurrent) i al DSM-IV-TR (taula 7), amb els codis 296.2X (trastorn depressiu) i 296.3X (trastorn depressiu recidivant). Tant en la CIE-10 com en el DSM-IV-TR la gravetat dels episodis es basa en el nombre, tipus i intensitat dels símptomes i en el grau de deteriorament funcional.

La CIE-10 utilitza una llista de 10 símptomes depressius (taula 5) i divideix el quadre depressiu en lleu, moderat o greu (amb o sense símptomes psicòtics). En qualsevol d'aquests casos sempre han d'estar presents almenys dos dels tres símptomes considerats típics de la depressió: ànim depressiu, pèrdua d'interès i de la capacitat per gaudir i augment de la fatiga, quan la durada de l'episodi sigui d'almenys dues setmanes. Hi ha una classificació multiaxial dels trastorns mentals i del comportament per a nens i adolescents, basada en la CIE-10. Aquesta classificació s'organitza en sis eixos: els cinc primers són categories que apareixen en la CIE-10, encara estructurats de forma diferent i en ocasions es descriuen amb més detall. El sisè eix avalua de manera global la discapacitat i no està inclòs en la CIE-10. No obstant això, la seva inclusió en aquesta classificació es deu al fet que l'avaluació de la discapacitat ha estat reconeguda per l'Organització Mundial de la Salut com a fonamental.

## Taula 5. Criteris diagnòstics d'un episodi depressiu segons la CIE-10

<b>A.</b> L'episodi depressiu ha de durar, almenys, dues setmanes.
<b>B.</b> L'episodi no és atribuïble a abús de substàncies psicoactives o trastorn mental orgànic.
<b>C.</b> Síndrome somàtica: comunament es considera que els símptomes "somàtics" tenen un significat clínic especial i en altres classificacions se'ls denomina malenconiosos <ul style="list-style-type: none"><li>• Pèrdua important de l'interès o capacitat de gaudir d'activitats que normalment eren plaents.</li><li>• Absència de reaccions emocionals davant esdeveniments que habitualment provoquen una resposta.</li><li>• Despertar-se al matí dues o més hores abans de l'hora habitual.</li><li>• Empitjorament matutí de l'humor depressiu.</li><li>• Presència d'alentiment motor o agitació.</li><li>• Pèrdua marcada de la gana.</li><li>• Pèrdua de pes d'almenys un 5% l'últim mes.</li><li>• Notable disminució de l'interès sexual.</li></ul>

Font: Adaptat de l'OMS<sup>5</sup>.

A la taula 6 es realitzen alguns comentaris específics per als nens i adolescents sobre els criteris de gravetat d'un episodi depressiu, segons la classificació de la CIE-10, amb informació extreta de la bibliografia.

A la taula 7 es defineixen els criteris diagnòstics d'episodi depressiu major segons DSM-IV-TR, a partir d'una llista de 9 símptomes depressius amb una durada de l'episodi d'almenys dues setmanes. El diagnòstic s'estableix amb la presència d'almenys cinc dels símptomes, dels quals un ha de ser un estat d'ànim depressiu o la pèrdua d'interès o de capacitat per al plaer.

<sup>5</sup> OMS: Organització Mundial de la Salut

**Taula 6. Criteris de gravetat d'un episodi depressiu segons la CIM-10. Presentació simptomàtica segons l'edat**

<p><b>A. Criteris generals per episodi depressiu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'episodi depressiu ha de durar, almenys, dues setmanes.</li> <li>- L'episodi no és atribuïble a l'abús de substàncies psicoactives o trastorn mental orgànic.</li> </ul>	
<p><b>B. Presència d'almenys dos dels següents símptomes</b></p>	
Adults	Nens i adolescents
Humor depressiu d'un caràcter clarament anormal per al subjecte, present durant la major part del dia i gairebé tots els dies, que es modifica molt poc per les circumstàncies ambientals i que persisteix durant almenys dues setmanes.	L'estat d'ànim pot ser deprimat o irritable. Els nens petits o amb desenvolupament lingüístic o cognitiu immadur poden no ser capaços de descriure el seu estat d'ànim i presentar queixes físiques vagues, expressió facial trista o comunicació visual pobre. Algunes de les manifestacions poden ser l'estat irritable, comportament imprudent o atabalat, actituds o accions colèriques o hostils. En adolescents el trastorn d'ànim pot ser similar als adults.
Marcada pèrdua dels interessos o de la capacitat de gaudir d'activitats que anteriorment eren agradables.	La pèrdua d'interès pot ser en el joc o en les activitats escolars.
Manca de vitalitat o augment de la fatiga.	La manca de joc amb els companys, el rebuig de l'escola o freqüents faltes d'assistència poden ser símptomes de fatiga.
<p><b>C. Han d'estar presents un o més símptomes de la llista, perquè la suma total sigui almenys de quatre</b></p>	
Pèrdua de confiança i estimació de si mateix i sentiments d'inferioritat.	Similar als adults.
Retrets cap a si mateix desproporcionats i sentiments de culpa excessiva i inadequada	Els nens poden presentar autodesvalorització. La culpa excessiva o inapropiada sol o pot estar present.
Pensaments recurrents de mort o suïcidi, o qualsevol conducta suïcida.	Indicis no verbals de conducta suïcida, inclosos comportaments de risc reiterats, de vegades com si fos un joc; gestos i autolesions (esgarrapades, talls, cremades, etc.)
Queixes o disminució de la capacitat de concentrar-se i de pensar, acompanyades de falta de decisió i vacil·lacions.	Els problemes amb l'atenció i concentració o escàs rendiment escolar solen estar presents.

Canvis d'activitat psicomotriu, amb agitació o inhibició.	Canvis d'activitat psicomotriu, amb agitació o inhibició.
Alteracions del son de qualsevol tipus.	Similar als adults.
Canvis de la gana (disminució o augment) amb la corresponent modificació del pes.	Els nens poden deixar de guanyar pes més que perdre'l.
<b>D. Hi pot haver o no síndrome somàtica<sup>6</sup></b>	Els símptomes físics, com les queixes somàtiques, són particularment freqüents en nens.
<p><b>Episodi depressiu lleu:</b> són presents dos o tres símptomes del criteri B. La persona amb un episodi lleu probablement és apta per continuar la majoria de les seves activitats.</p> <p><b>Episodi depressiu moderat:</b> estan presents almenys dos símptomes del criteri B i símptomes del criteri C fins a sumar un mínim de 6 símptomes. La persona amb un episodi moderat probablement tindrà dificultats per continuar amb les seves activitats ordinàries.</p> <p><b>Episodi depressiu greu:</b> hi han d'haver els 3 símptomes del criteri B i símptomes del criteri C amb un mínim de 8 símptomes. Les persones amb aquest tipus de depressió presenten símptomes marcats i angoixants, principalment la pèrdua d'autoestima i els sentiments de culpa i inutilitat. Són freqüents les idees i accions suïcides i es presenten símptomes somàtics importants. Poden aparèixer símptomes psicòtics com ara al·lucinacions, deliris, retard psicomotor o estupor greu. En aquest cas es denomina com a episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics. Els fenòmens psicòtics com les al·lucinacions o el deliri poden ser congruents o no congruents amb l'estat d'ànim.</p>	

Font: CIE-10 i informació extreta de la bibliografia.

<sup>6</sup> Síndrome somàtica: vegeu taula 5.

## Taula 7. Criteris diagnòstics d'episodi depressiu major segons DSM-IV-TR

**A.** Cinc o més dels símptomes següents durant un període de dues setmanes i que representin un canvi respecte a l'activitat prèvia: un dels símptomes ha de ser (1) estat d'ànim depressiu o (2) pèrdua d'interès o plaer.

- (1) Estat d'ànim depressiu la major part del dia, gairebé cada dia, indicat pel relat subjectiu o per observació d'altres.
- (2) Marcada disminució de l'interès o del plaer en totes, o gairebé totes, les activitats durant la major part del dia, gairebé cada dia.
- (3) Pèrdua significativa de pes sense estar a dieta o augment significatiu, o disminució o augment de la gana gairebé cada dia.
- (4) Insomni o hipersòmnia gairebé cada dia.
- (5) Agitació o retard psicomotors gairebé cada dia.
- (6) Fatiga o pèrdua d'energia gairebé cada dia.
- (7) Sentiments de desvalorització o de culpa excessiva o inadequada (que poden ser delirants) gairebé tots els dies (no simplement autoretrets o culpa per estar malalt).
- (8) Menor capacitat de pensar o concentrar-se, o indecisió gairebé cada dia (indicada pel relat subjectiu o per observació d'altres).
- (9) Pensaments recurrents de mort (no només por de morir), ideació suïcida recurrent sense pla específic o un intent de suïcidi o un pla de suïcidi específic.

**B.** Els símptomes no compleixen els criteris d'un episodi mixt.

**C.** Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament del funcionament social, laboral o en altres esferes importants.

**D.** Els símptomes no tenen relació amb els efectes fisiològics directes d'una substància (per exemple, una droga d'abús, una medicació), ni amb una malaltia mèdica general (per exemple, hipotiroïdisme).

**E.** Els símptomes no tenen relació amb el procés de dol, és a dir que després de la pèrdua d'un ésser estimat, els símptomes persisteixen més de 2 mesos o es caracteritzen per visible deteriorament funcional, preocupació mòrbida amb desvalorització, ideació suïcida, símptomes psicòtics o retard psicomotor.

Font: DSM-IV-TR.

- **Tractament**

- a. **Psicoteràpia**

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP) defineix la psicoteràpia com “aquell tractament de naturalesa psicològica que, a partir de manifestacions psíquiques o físiques del patiment humà, promou buscar el canvi o la modificació del comportament, l'adaptació a l'entorn, la salut psíquica o física, la integració de la identitat psicològica i el benestar psicobiosocial de les persones i grups com són la parella o la família”.

La psicoteràpia o tractament psicoteràpic és, doncs, un tractament sistematitzat, a través de la paraula, que busca restablir o millorar la seva salut mental. Es tracta d'aconseguir un equilibri emocional suficient per poder afrontar i gestionar de manera adequada, progressiva les diferents situacions vitals siguin favorables o adverses (vegeu Annex 3).

La psicoteràpia incorpora, també, el treball amb els pares i/o altres familiars que conviuen amb el pacient.

En l'actualitat els tractaments psicoterapèutics que tenen un major nombre d'estudis i major grau d'evidència científica són els que incorporen tècniques cognitivoconductuals (TCC) i la teràpia interpersonal (TIP).

- b. **Farmacoteràpia**

Cal aplicar la farmacoteràpia només en el cas que no hi hagi resposta al tractament psicològic i si es tracta d'una depressió moderada o greu.

Actualment tenim un sol antidepressiu aprovat per l'EMA<sup>7</sup> per al tractament de la depressió en nens a partir dels 8 anys: ISRS<sup>8</sup>: Fluoxetina.

Actualment no hi ha un consens entre la relació suïcidi/tractament amb antidepressius durant les dues primeres setmanes (no confondre inici de tractament amb labilitat emocional amb increment de suïcidis consumats).

Tanmateix, els professionals sanitaris i els familiars o cuidadors dels infants i joves han de vigilar indicis de comportament suïcida, tant a l'inici del tractament com a *posteriori*.

---

<sup>7</sup> EMA: European Medicines Agency.

<sup>8</sup> ISRS: Inhibidors selectius de la recaptació de serotonina.

Taula 8. Taula de tractaments farmacològics

Fàrmac	Dosis inicials <sup>(1,2)</sup> (mg/dia)	Increment setmanal <sup>(1,2)</sup> (mg)	Dosi efectiva <sup>(1,2)</sup> (mg)	Dosi màxima <sup>(1,2)</sup> (mg)	Efectes adversos freqüents <sup>*(2)</sup> (>10%)	Contraindicacions	Observacions <sup>(3)</sup>
<b>1a. línia**</b>							
Fluoxetina	10	10-20	20	60	Cefalea, sedació, insomni, ansietat, nerviosisme, nàusees, diarrees, xerostomia, debilitat, tremolors, faringitis	Al·lèrgia a fluoxetina No utilitzar amb inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO)	Indicació aprovada a partir dels 8 anys
<b>2a. línia**</b>							
Sertralina	25	12,5-25	50	200	Mareig, fatiga, cefalea, insomni, somnolència, anorèxia, diarrea, vòmits, nàusees, xerostomia, agitació tremolors, diaforesi, trastorns d'ejaculació	Hipersensibilitat sertralina No utilitzar amb IMAO	Indicació aprovada en trastorn obsessiu compulsiu (TOC) a partir dels 6 anys <sup>(8)</sup>  Més eficaç en adolescents que en nens
Fluvoxamina	25	25	50	200	Nàusees, vòmits, diarrea, dispèpsia, xerostomia, cefalea, insomni, somnolència, tremolors, pruí, retenció urinària, trastorns ejaculació, palpitations, taquicàrdia	Hipersensibilitat fluvoxamina No utilitzar amb IMAO	Indicació aprovada en TOC a partir dels 8 anys <sup>(8)</sup>
<b>Altres tractaments** (no tenen cap indicació aprovada en nens ni adolescents menors de 18 anys)</b>							
Escitalopram	5 (adults)	5 (adults)	10 (adults)	20 (adults)	Cefalea, somnolència, insomni, nàusees, xerostomia, anorèxia, miàlgies, <i>tinnitus</i> , excés sudoració, trastorns d'ejaculació.	Al·lèrgia escitalopram o citalopram No utilitzar amb IMAO	No utilitzar en nens ni adolescents menors de 18 anys Indicació per depressió major aprovada per l'FDA en adolescents (12 a 17 anys)
Citalopram	10 (adults)	10 (adults)	20 (adults)	60 (adults)	Cefalea, somnolència, insomni, nàusees, xerostomia, anorèxia, miàlgies, <i>tinnitus</i> , excés sudoració, trastorns d'ejaculació.	Al·lèrgia citalopram No utilitzar amb IMAO	No utilitzar en nens ni adolescents menors de 18 anys

Paroxetina	10 (adults)	10 (adults)	20 (adults)	50 (adults)	Somnolència, insomni, cefalea, mareig, nàusees, xerostomia, restrenyiment, anorèxia, diarrea, trastorns de l'ejaculació, debilitat, tremolors	Al·lèrgia paroxetina No utilitzar amb IMAO No utilitzar amb tamoxifèn	No utilitzar en nens ni adolescents menors de 18 anys
Mirtazapina	15 (adults)			45 (adults)	Somnolència, sedació, increment del colesterol, restrenyiment, xerostomia, diarrea, nàusees, vòmits, increment del pes i de la gana	Hipersensibilitat mirtazapina No utilitzar amb IMAO	No utilitzar en nens ni adolescents menors de 18 anys
Venlafaxina (major eficàcia en adolescents)					Cefalea, insomni, somnolència, nerviosisme, mareig, nàusees, xerostomia, anorèxia, restrenyiment, trastorns d'ejaculació i orgasme, debilitat, diaforesi, hipertensió, hipercolesterolèmia	Al·lèrgia venlafaxina No utilitzar amb IMAO	No utilitzar en nens ni adolescents menors de 18 anys Poca evidència Major freqüència i gravetat dels efectes adversos

\* Efectes adversos descrits en els pacients adults. La majoria són similars als apareguts en pacients pediàtrics.

\*\* (1,4,5,6,7,8,9)

#### Avaluació de l'eficàcia (3,9)

- Monitoratge setmanal en les 4 primeres setmanes i després dels ajustos de dosis.
- Monitoratge cada dues setmanes durant el segon mes de tractament.
- Si en les 8-12 primeres setmanes no hi ha benefici clínic.

#### Durada del tractament (9)

1r. episodi >6 mesos de tractament  
2n. episodi >12 mesos de tractament  
2n.-3r. episodi: 1-3 anys de tractament  
>3 episodis: Tractament indefinit.

#### Retirada (3)

En cas de retirada del tractament, haurà de ser gradual durant 6-8 setmanes.

### **c. Tractament de la depressió resistent**

Seguint els criteris aplicats en la depressió en població adulta, es podria definir que una depressió és resistent si no millora després de 2 o més assaigs amb fàrmacs antidepressius, administrats en dosis adequades i durant el temps adequat. En el cas d'una depressió resistent està indicat derivar el nen/adolescent a l'hospital de dia de salut mental de zona, especialment en aquells casos on la depressió compromet qualsevol possibilitat d'assistència escolar i/o el grau d'afectació física i psicològica és molt greu. L'hospital de dia permetrà un seguiment i tractament clínic més intensiu i de freqüència diària, que evitarà en molts casos l'ingrés hospitalari complet. L'ingrés hospitalari a temps complet estarà indicat quan hi hagi un empitjorament clínic que no permeti mantenir l'adolescent en contacte amb el seu entorn social i/o quan hi hagi un risc autolític objectivable per part del clínic, amb escassa capacitat de control i possibilitat de contenció per part de l'entorn.

#### **Tractament combinat (TCC + ISRS o venlafaxina)**

Els resultats derivats de l'estudi TORDIA (Brent et al., 2008), un assaig clínic aleatoritzat i controlat en adolescents amb depressió moderada-greu que no havia respost a un primer tractament, va trobar millors resultats quan es combinava TCC i un segon fàrmac (un segon ISRS o venlafaxina) que quan només es realitzava un canvi de fàrmac. La TCC es va realitzar en una sessió setmanal de 60-80 minuts durant 12 setmanes. Es va realitzar per part de professionals experts, fent èmfasi en la reestructuració cognitiva i l'activació conductual, la regulació de les emocions, les habilitats socials i la solució de problemes, i incorporant sessions conjuntes de pares-pacients (de la 3 a la 6) per millorar el suport, disminuir les crítiques i augmentar la comunicació i solució de problemes.

#### **Teràpia electroconvulsiva (TEC)**

L'evidència de l'efectivitat de la TEC en la depressió major en adolescents és limitada per manca d'estudis controlats. No existeix evidència en nens preadolescents, per tant, la TEC és una intervenció reservada únicament per a pacients amb simptomatologia greu i persistent que no hagin respost a cap altre tipus de tractament o en aquells casos on existeix una situació d'amenaça greu per a la seva vida. L'efecte secundari més freqüentment observat és la pèrdua de memòria temporal, i es desconeixen els efectes que pot tenir sobre el desenvolupament del cervell.

# **ANNEX 1**

## **Classificacions dels trastorns mentals**

**Taula 9. Classificació dels trastorns mentals CIE-10. Criteris de l'OMS**

<b>Codi</b>	<b>Tipus de trastorn</b>	<b>Característiques</b>
F32	Episodis depressius	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episodi depressiu lleu</li> <li>- Episodi depressiu moderat</li> <li>- Episodi depressiu greu sense símptomes somàtics</li> <li>- Episodi depressiu greu amb símptomes somàtics</li> <li>- Altres episodis depressius</li> </ul>
F33	Trastorn depressiu recurrent	Al menys dos episodis amb una duració mínima de dues setmanes cadascuna, separades per un interval lliure d'alteració significativa de l'humor de diversos mesos de duració.
F34	Trastorns de l'humor (afectius) persistents	Duren anys i tenen una intensitat fluctuant, no suficientment greu com per rebre altre diagnòstic <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciclotímia</li> <li>- Distímia</li> </ul>
F38	Altres trastorns de l'humor (afectius)	Episodis d'alteracions de l'humor (afectives) que duren, almenys, dues setmanes, caracteritzats per una barreja o una alternança ràpida (generalment de poques hores) de símptomes hipomaniacs, maniacs o depressius
F39	Trastorns de l'humor (afectiu) sense especificació	

**Taula 10. DSM-IV-TR. Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals. American Psychiatric Association**

<b>Codi</b>	<b>Tipus de trastorn</b>	<b>Característiques</b>
F32.x	T. depressiu major, episodi únic	Aquest trastorn pot subcodificar-se segons especificacions de gravetat, psicosi o remissió
F33.x	T. depressiu major, recidivant	Presència de dos o més episodis, separats per un interval de, com a mínim, dos mesos seguits, en els quals no es compleixen els criteris per a un episodi depressiu major. L'últim dígit codifica els mateixos subtipus que per a l'episodi únic.
F34.1	T. distímic	Estat d'ànim crònicament deprimit la major part del dia, tots els dies, manifestat pel subjecte i observat pels altres durant almenys dos anys. En nens i adolescents l'estat d'ànim pot ser irritable i la duració ha de ser com a mínim d'un any.
F32.9	T. depressiu no especificat	

## **ANNEX 2**

# **Recomanacions terapèutiques**

# **Depressió en infants i adolescents**

## **Recomanacions adreçades als pares i familiars**

### **1. Depressió, què és?**

Els trastorns depressius en la infància i adolescència es descriuen en les classificacions CIE-10 i DSM IV TR. Les dues classificacions tenen en comú el concepte de depressió com a trastorn de gravetat variable, caracteritzat per ànim deprimat, tristesa freqüent i/o pèrdua de la capacitat de gaudir durant almenys dues setmanes.

### **2. A aquests símptomes en podem afegir d'altres:**

- Irritabilitat, especialment en els nens.
- Avorriment persistent, falta d'iniciativa.
- Aïllament social, comunicació pobre.
- Baixa autoestima, sentiment de culpa.
- Queixes somàtiques freqüents (mal de cap, abdomen).
- Continuades faltes d'assistència a classe o desmotivació per anar a l'escola. Disminució del rendiment escolar no explicat per altres causes.
- Dificultat de concentració.
- Canvis en els hàbits del menjar i/o el son.
- Pèrdua de pes o fracàs en aconseguir el pes esperat per l'edat.
- Pensaments o idees suïcides.

### **3. Identificar comportaments**

En la pràctica aquests símptomes es poden manifestar de diferents formes com:

- Nen/a que sempre jugava amb companyia i ara juga sol/a.
- Adolescents deprimits tenen major risc d'abús de substàncies (alcohol, tòxics).
- Nens/adolescents amb mal comportament es pot traduir en ànim deprimat.

### **4. Què podem fer?**

Davant la sospita que el/la nostre/a fill/a pugui estar patint un trastorn de l'estat d'ànim, cal consultar el pediatre.

En els casos en què s'hagi diagnosticat un trastorn depressiu, s'han demostrat eficaces les següents teràpies:

- Teràpia cognitivoconductual (TCC)
- TCC + farmacoteràpia.

Les dues teràpies aconseguixen milloria i/o resolució dels símptomes en major grau que altres teràpies o intervencions.

## 5. Què més podem fer?

- Mantenir una correcta higiene del son. Establir horaris per llevar-se i anar-se'n a dormir.
- Evitar veure la televisió, jugar a la consola o ordinador fins ben entrada la nit.
- Practicar exercici regularment, si és possible, a l'aire lliure perquè millora l'estat d'ànim i disminueix la sensació de falta d'energia.
- Proporcionar una alimentació equilibrada amb un horari al més regular possible. Alguns suggereixen l'estudi de la ingesta d'àcids grassos Omega 3 per als símptomes de la depressió, malgrat que són necessaris assajos clínics per acabar d'establir aquesta recomanació.
- No deixar armes ni medicaments en llocs fàcilment accessibles.
- Programar activitats diàries i intentar complir-les. Instaurar rutines.
- Fomentar la realització d'alguna activitat que interessi o motivi el/la nostre/a fill/a.
- Recompensar en paraules les bones actituds i progressos assolits.

## **Depressió en infants i adolescents**

### **Recomanacions adreçades als pares i familiars**

(adaptades de la Guia de Pràctica Clínica sobre la Depressió Major en la Infància y Adolescència, 2009)

La majoria dels/de les nois/es experimenten tristesa de tant en tant, sovint en relació amb situacions i dificultats pròpies de l'edat, però en alguns d'ells aquests sentiments apareixen sense que hi hagi un motiu aparent o bé persisteixen en el temps i s'acompanyen d'altres símptomes que provoquen malestar i dificultats a tots nivells. És el cas dels adolescents que pateixen una depressió. La depressió afecta més enllà de l'estat d'ànim, la seva capacitat per pensar, aprendre, desenvolupar-se socialment i acadèmicament.

Si el teu/la teva fill/a té una depressió, a més de complir amb la medicació prescrita pel metge, si és el cas, i amb el tractament psicoterapèutic proposat, tu també el/la pots ajudar seguint aquestes senzilles recomanacions:

- Planifiqueu el dia plegats fent un llistat amb 3 o 4 activitats a fer durant el dia, que siguin assumibles pel/per la teu/teva fill/a en el moment actual. Tingueu el llistat a la vista i no li proposeu més coses de les que no són raonables.
- Proposeu-li una hora de llevar-se i una rutina regular de les coses a fer, pas a pas, ajudant-lo/la, si cal, i felicitant-lo/la sovint. Eviteu que estigui ajagut/uda o assegut/uda tot el dia.
- Assegureu-vos que rep una bona alimentació i que pren la medicació correctament, si és el cas.
- No sigueu molt exigent amb ell/a. Felicitau-lo/la per la seva actitud, més que no pas pels resultats de la feina o activitats realitzades.
- No estigueu a casa tot el dia, és important sortir una estona cada dia encara que el/la teu/teva fill/a no en tingui ganes, perquè això l'ajudarà a estar més actiu/iva físicament i psicològicament. Les seves amistats també poden sortir amb ell/a i poden ser una font de gratificació.
- Proposeu-li que no faci la migdiada ni que s'estigui ajagut/uda tot el dia, perquè és important normalitzar l'horari del son i concentrar-lo a la nit.
- Deixeu espai perquè el/la teu/teva fill/a pugui practicar una activitat lúdica que li sigui agradable. Si no en troba cap, proposeu-li que triï una d'aquelles que saps que abans li agradaven.
- Animeu-lo/la a practicar alguna activitat física diàriament (caminar, natació, bicicleta, futbol, etc.) per poca estona que sigui, perquè l'activitat regular contribuirà a la millora del seu estat d'ànim.

- Dediqueu part del vostre temps a estar amb ell/a, especialment en els moments de major desànim, escoltant-lo/la i, alhora, ajudant-lo/la amb propostes concretes que el/la facin sentir millor. En acabar el dia, identifiqueu i digueu les coses positives d'aquell dia.
- No us sentiu culpables perquè la depressió és una malaltia com qualsevol altra. Sigueu positiu/iva amb vosaltres mateixos, com a pare o mare, perquè sou una part important en la millora del/de la vostre/a fill/a.

## **Depressió en infants i adolescents**

### **Recomanacions adreçades als mestres i a l'escola**

La majoria dels/de les nois/noies adolescents experimenta tristesa de tant en tant, sovint en relació amb situacions i dificultats pròpies de l'edat, però en alguns d'ells aquests sentiments apareixen sense que hi hagi un motiu aparent, o bé persisteixen en el temps i s'acompanyen d'altres símptomes que provoquen malestar i dificultats a tots els nivells. És el cas dels adolescents que pateixen una depressió. La depressió afecta més enllà de l'estat d'ànim, la seva capacitat per pensar, aprendre, desenvolupar-se socialment i acadèmicament.

Si el/la teu/teva alumne/a té una depressió, a més de complir amb la medicació prescrita pel metge, si és el cas, i amb el tractament psicoterapèutic proposat, tu també el pots ajudar, seguint aquestes senzilles recomanacions:

- Planifica les feines escolars dels alumnes de manera gradual, una a una, començant per les més fàcils i sempre que sigui previsible que n'obtingui un bon resultat. No li proposis més coses de les que són raonables en el moment actual.
- Proposa-li una rutina regular de les coses a fer, pas a pas, ajudant-lo/la si cal en les tasques que fa i felicitant-lo/la sovint. Evita que estigui assegut/uda sense fer res, però respecta que el seu ritme de treball sigui més lent.
- No siguis molt exigent amb ell/a. Felicita'l/-la per la seva actitud, més que no pas pels resultats de la seva feina o activitats realitzades.
- Motiva'l/-la a assistir a l'escola, encara que el/la noi/a no en tingui ganes, perquè l'escola el/la pot ajudar a estar més actiu/iva físicament i psicològicament. Els companys de classe també poden ser una font de gratificació per a l'alumne/a.
- Proposa-li un horari escolar adaptat, si és el cas, i un sistema d'avaluació alternatiu, si és possible, perquè potser li serà més fàcil mantenir la concentració i el rendiment al llarg de tota la jornada.
- Explica al grup classe com poden ajudar el/la seu/seva company/a, com poden fer-li costat, com el/la poden ajudar a sentir-se millor, però evita donar informació innecessària del seu estat psicològic que, a banda de ser poc útil per als alumnes, pot ser rebut negativament per ell/a.
- Anima'l/-la a practicar alguna activitat física diàriament (caminar, natació, bicicleta, futbol, etc.) per poca estona que sigui, perquè l'activitat regular contribuirà a la millora de l'estat d'ànim.
- Si ets tutor/a, mostra-li la teva disponibilitat per ajudar-lo/la en tot allò que té a veure amb l'escola; dedica part del teu temps a parlar-hi, especialment en els moments de major desànim, escoltant-lo/la i fent-li propostes concretes que el/la facin sentir millor a l'escola. Identifica coses positives d'ell/a i digues-les-hi sovint.

- Ajuda'l/-la a reconèixer les fonts d'estrès escolar i a trobar la forma més apropiada per afrontar-les. Potser serà necessària la teva participació en la solució d'alguns dels problemes que preocupen l'alumne/a.
- Recorda que la depressió és una malaltia com qualsevol altra, que necessita un tractament mèdic i/o psicològic específic. L'escola és una part important en la millora del/de la noi/a. Sigues positiu/iva amb ell/a en tot moment i sol·licita assessorament als professionals sanitaris que l'atenen sempre que et calgui.

## **Dol patològic**

### **Recomanacions per a l'atenció primària**

El dol és un procés normal d'acceptació i superació de la mort d'una persona estimada.

En ocasions, aquest procés pot considerar-se patològic quan el malestar és molt acusat (superior a l'esperable), la resposta és clarament desadaptativa o produeix un deteriorament significatiu de l'activitat habitual (social, acadèmica o professional).

#### **Què cal valorar?**

- **Síntomes emocionals:** ànim depressiu, plor, desesperança, ideació de mort o de suïcidi, nerviosisme, preocupació o inquietud, por de la separació de les figures amb major vinculació.
- **Síntomes conductuals:** disminució del rendiment escolar o laboral. Retraïment social. Alteracions de comportament, amb incompliment de les normes apropiades per l'edat (vagància, vandalisme, baralles...). Consum de substàncies.
- **Síntomes físics:** insomni (durant almenys 1 mes), pèrdua de gana i de pes, queixes somàtiques.

- És necessari tenir en compte la durada i intensitat dels símptomes.
- Convé recordar que el dol és un esdeveniment vital important que pot ser el desencadenant d'una altra psicopatologia.

- **Signes d'alarma.** Síntomes que no són característics d'una reacció de dol normal:
  - Sentiments de culpa per les coses rebudes en el moment de la mort de la persona estimada, més que per les accions (el que el supervivent va fer o no va fer, que es consideraria normal).
  - Pensaments de mort més que voluntat de viure, amb el sentiment que hauria d'haver mort amb la persona estimada.
  - Preocupació exagerada, amb sentiment d'inutilitat.
  - Alentiment psicomotor acusat.
  - Experiències al·lucinatòries diferents a les d'escoltar la veu o veure la imatge fugaç de la persona morta.

#### **Quan cal derivar a salut mental?**

Quan la reacció excedeix o és més prolongada del que es podria esperar:

- **Durada:** els símptomes normals duren més de 6 mesos.
- **Intensitat:** els símptomes donen lloc a un quadre clínic clarament significatiu (depressiu, ansiós o amb trastorn del comportament), més del que seria esperable, amb deteriorament funcional important i prolongat de la vida quotidiana.

### **Què es pot fer davant d'un dol NO patològic?**

- Informar el pacient i la seva família sobre el procés normal de dol, a través dels fulls informatius.
- Realitzar un seguiment del procés (p.ex.: citar el pacient en dos mesos per valorar l'evolució dels símptomes).
- Oferir altres recursos de suport (p.ex.: a través de treball social).

## **Separació dels pares Consells sanitaris**

La separació dels pares suposa una ruptura del nucli de convivència i del projecte de família anterior, i representa un canvi profund en la vida de cada membre. Pot implicar sofriment subjectiu i la necessitat d'una reestructuració. En el procés que s'inicia pot ser necessari un temps per elaborar la nova situació i posar en marxa els recursos personals adequats.

Els pares, amb les següents indicacions, poden contribuir d'una manera efectiva a una adaptació adequada a aquesta circumstància.

### **Com dir-ho als fills**

- Busqueu un moment de calma i un lloc adequat, sense tensions prèvies per comunicar aquesta decisió.
- Expliqueu-los, ambdós, els casos que succeiran, de forma oberta, clara i comprensible, evitant els detalls dolorosos i innecessaris, tranquil·litant-los respecte al futur.
- Aclariu-los que els motius no tenen res a veure amb ells, sinó que depenen de la relació entre vosaltres.
- Deixeu-los clar que el pare i la mare els continuen estimant i que se'n preocupen, encara que no convisquin o ho facin de forma discontinua. El pare i la mare continuaran fent de mare i de pare.
- Mostreu-los la vostra disponibilitat al fet que els vostres fills us puguin veure amb freqüència i que puguin parlar amb vosaltres sempre que els preocupi alguna cosa.
- Insistiu que els pares trenquen només com a parella i que s'ha pres aquesta decisió perquè consideren que és la millor per a tots.
- Expresseu-los afecte, i cal comprendre que aquesta notícia pot no ser ben rebuda.

### **Durant el procés de separació**

- La separació de la parella conjugal ha de garantir la permanència de les funcions parentals.
- Eviteu confrontacions violentes, procureu una actitud respectuosa respecte a l'altre progenitor, tractant de ser col·laboradors i flexibles en tot allò que pot beneficiar el/la vostre/a fill/a.
- Procureu arribar a acords i consensos entre vosaltres com una forma de garantir la major estabilitat possible.
- Recordeu que els fills no són propietat de cap de vosaltres. Eviteu conflictes, desautoritzacions, i no permeteu que prenguin part en les vostres diferències.
- Vetlleu pel benestar del/de la vostre/a fill/a en totes les decisions implicades en el procés de separació.
- Oferiu als vostres fills un model de respecte, de tolerància, optimisme i responsabilitat.

### **Altres consideracions importants**

- Feu els mínims canvis imprescindibles dels punts de referència que els atorguin seguretat (habitatge, escola, familiars, amics...).
- No sobreprotegiu els fills ni els malcrieu. Els heu d'ajudar a continuar creixent, sense consentir-los ni infantilitzar-los.
- No els sobrecarregueu amb responsabilitats que per edat no els corresponen.
- Mantingueu les regles fermes i coherents, sense contradir-vos entre vosaltres.
- Afavoriu el manteniment dels hàbits d'autonomia fins ara adquirits (p.ex.: no porteu al llit d'un dels pares el/la fill/a, si el/la menor ja dormia sol/a).

Recordeu que separar-se comporta un procés d'adaptació que, fins i tot sent normal, pot anar acompanyat temporalment de manifestacions de tristesa, insomni, irritabilitat, preocupació, pors transitòries, etc., que no han de ser alarmants. El/la nen/a simplement necessita un temps i, si vosaltres seguïu aquestes recomanacions, li facilitarà aquest procés.

## Separació dels pares

### Recomanacions per a l'atenció primària

Per a un/a nen/a o un/a adolescent la separació dels seus pares suposa un canvi profund que requereix un procés d'adaptació emocional i de les rutines i activitats de la vida diària.

Durant aquesta fase d'adaptació és esperable que apareguin reaccions de malestar que poden manifestar-se a diferents nivells (conductual, emocional, físic) que no són per si mateixes indicatives de psicopatologia si no excedeixen en la seva intensitat a l'esperable o provoquen un deteriorament significatiu de l'activitat habitual del subjecte.

#### Què cal valorar?

- **Síntomes emocionals:** ànim depressiu, plor, desesperança, ideació de mort o suïcidi, nerviosisme, preocupació o inquietud, por de la pèrdua de les figures amb major vinculació.
- **Síntomes conductuals:** disminució del rendiment escolar o laboral. Retraïment social. Alteracions del comportament, amb incompliment de les normes apropiades per l'edat. Consum de substàncies.
- **Síntomes físics:** insomni (durant almenys 1 mes), pèrdua de gana i de pes, queixes somàtiques.

#### Signes d'alarma

Es defineixen segons la durada i la intensitat dels símptomes:

- Insomni persistent i significatiu (més d'un mes de durada).
- Pèrdua de pes objectiva (més d'un 5% en un mes).
- Aïllament o retraïment social.
- Alentiment psicomotor pronunciat.
- Negativa persistent a la realització de les AVD<sup>9</sup> (de nova aparició i durada superior a 6 mesos).
- Conductes negativistes i agressives persistents (de nova aparició i durada superior a 6 mesos).
- Pèrdua dels hàbits ja adquirits.
- Verbalitzacions de mort i de sentiments d'inutilitat o culpa.

#### Quan cal derivar a salut mental?

- Quan apareix algun dels símptomes definits com a signes d'alarma.
- Quan els símptomes donen lloc a un quadre clínic clarament significatiu amb deteriorament funcional important i prolongat de la vida quotidiana.
- **Ni els conflictes per la custòdia dels fills ni les implicacions pròpies del procés de divorci són motiu de derivació a salut mental.**

#### Què cal fer davant d'un procés de separació?

- Informar la família sobre el procés adaptatiu normal davant de la situació de separació, amb ajuda dels fulls informatius.

Realitzar un seguiment del procés (per exemple, citar el pacient en dos mesos per valorar l'evolució dels símptomes).

---

<sup>9</sup> AVD: Activitats de la vida diària.

## **ANNEX 3**

# **Tècniques de psicoteràpia**

## Tractament psicoterapèutic de la depressió major

Les intervencions psicoterapèutiques que han demostrat eficàcia en el tractament de la depressió major en la població infantojuvenil són la teràpia cognitivoconductual i la teràpia interpersonal per a adolescents, mentre que la teràpia psicodinàmica i la teràpia familiar no disposen en l'actualitat de prou evidència empírica.

### 1. Teràpia cognitivoconductual (TCC)

La teràpia cognitiva, desenvolupada originalment per Beck, té com a objectiu modificar creences, pensaments i actituds disfuncionals relacionats amb la simptomatologia depressiva. D'altra banda, la teràpia conductual relaciona l'activitat conductual amb l'estat d'ànim i proposa la consecució de fites específiques. Un dels components primordials de la TCC és la reestructuració cognitiva, dirigida a la modificació de pensaments automàtics negatius a través de la identificació d'aquests, observació del vincle entre pensaments i emocions, la reconsideració o qüestionament d'aquestes pensaments i l'adopció de noves perspectives de realitat. És també important afavorir un increment de les activitats gratificants, component anomenat d'activació conductual.

En el moment actual, es coneixen les dades de diversos assajos clínics controlats i aleatoritzats que suporten l'eficàcia de la TCC. S'ha objectivat que el tractament amb TCC individual és més eficaç que la llista d'espera en un estudi controlat aleatoritzat (Rosselló i Bernal, 1999). La TCC ha demostrat també una major eficàcia comparada amb altres intervencions, com son la teràpia de suport no directiva (Vostanis, Feehan, Grattan, i Bickerton, 1996; Brent, Kolko, Birmaher, Baugher, Bridge, Roth et al., 1998), les tècniques de relaxació (Wood, Harrington i Moore, 1996), la teràpia familiar sistèmica (Brent, Kolko, Birmaher, Baugher, Bridge, Roth et al., 1998) i el tractament farmacològic aïllat amb sertralina (Melvin, Tonge, King, Heyne, Gordon i Klimkeit, 2006). D'altra banda, la TCC es mostra igual d'eficaç a les 32 setmanes de tractament que la intervenció farmacològica amb fluoxetina aïllada o combinada amb TCC (Kennard, Silva, Tonev, Rohde, Hughes, Vitiello, et al., 2009). Aquests estudis demostren que la TCC individual podria ser efectiva per al tractament del trastorn depressiu i reduiria la durada de l'episodi. També hi ha una evidència considerable de l'eficàcia de la TCC grupal en el tractament de la depressió major en adolescents, ja que augmenta la taxa de remissió i redueix els símptomes depressius, en comparació amb grups controls, tals com: llista d'espera (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops i Seeley, 1999; Lewinsohn, Clarke, Hops, i Andrews, 1990; Kahn, Kehle, Jensen i Clark, 1990; Stark, Reynolds i Kaslow, 1987; Reynolds i Coats, 1986) i el no tractament (Weisz, Thurber, Sweeney, Proffitt, i LeGagnoux, 1997).

En comparar la TCC amb altres teràpies com la relaxació (Kahn, Kehle, Jensen i Clark, 1990; Reynolds i Coats, 1986), tècniques de resolució de problemes (Rohde, Jorgensen, Seeley, i Mace, 2004; Stark, Reynolds i Kaslow, 1987) i automodelatge (Kahn, Kehle, Jensen i Clark, 1990), l'evidència és més limitada o no concloent a favor de la TCC, sense que es puguin objectivar diferències significatives entre elles. Aplicada a pacients considerats d'alt risc, la intervenció

amb TCC grupal redueix la simptomatologia depressiva inicial i el risc de presentar episodis depressius majors en un període de dos anys (Stice, Rohde, Gau i Wade, 2010).

## **2. Teràpia interpersonal (TIP)**

La teràpia interpersonal va ser desenvolupada per Klerman, basant-se en el supòsit que els problemes interpersonals poden influir en l'exacerbació o manteniment de la simptomatologia depressiva. L'objectiu d'aquesta intervenció és millorar les aptituds en les relacions focalitzant el treball en el context social actual del pacient.

A través dels resultats de diversos assajos clínics controlats i aleatoritzats, es pot concloure que la TIP és més eficaç en el tractament de la simptomatologia depressiva en comparació amb la llista d'espera (Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson, i Weissman, 2004), les cures habituals en l'àmbit clínic (Rossello i Bernal, 1999) i el *counseling* en l'àmbit escolar (Young, Mufson i Davies, 2006; Young, Mufson i Gallop, 2010). D'altra banda, els estudis que comparen la TIP amb la TCC no són conclouents, no s'observen diferències significatives entre les dues intervencions que mostren una eficàcia similar en el tractament del trastorn depressiu major (Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson i Weissman, 2004; Rosselló i Bernal, 1999).

## **3. Altres tècniques psicoterapèutiques**

### **- Psicoteràpia psicodinàmica i relacional**

Aquesta psicoteràpia, que s'inicia el segle XIX, és una manera d'escoltar i observar, comprendre i ajudar a canviar. El terapeuta escolta activament i en profunditat el pacient perquè aquest pugui expressar el patiment que sent i pugui parlar de si mateix, i així desenvolupar un millor autoconeixement i veure més clarament el que li està passant i facilitar la reorganització de la pròpia vida de forma més satisfactòria.

El terapeuta realitza un treball d'exploració i comprensió dels conflictes que han estat causa de patiment del pacient i, freqüentment, del seu entorn, i que entorpeixen i/o bloquegen el seu desenvolupament personal. Aquest món intern s'expressa a través dels dibuixos, la fantasia, el joc, els somnis, de la relació amb el terapeuta i/o amb altres pacients, si la psicoteràpia és en grup.

La psicoteràpia d'orientació dinàmica i relacional tracta d'apropar-se al pacient amb empatia per ajudar-lo a identificar i comprendre què passa en la seva ment o món intern, en relació amb la seva experiència, el seu creixement i el seu desenvolupament. S'acompanya el pacient a observar i comprendre també els sentiments, actituds i estils de relació, alguns patològics, que es posen de manifest en la psicoteràpia, com la repetició dels que probablement es van generar amb les figures representatives en la infància i que continuen en l'actualitat amb les persones del seu entorn, de manera que els pacients en siguin més conscients i estiguin en millors condicions per poder modificar-los.

L'objectiu de la psicoteràpia d'orientació dinàmica i relacional és afavorir la maduració de la persona. S'espera que el pacient creixi mentalment, que les relacions siguin cada vegada més constructives, realistes, amoroses i basades en la confiança.

Aquest propòsit s'aconsegueix a través d'una relació basada en l'interès personal i el respecte; relació en la qual és molt important que el pacient senti que el seu patiment és contingut, ja que és a partir d'aquesta contenció que podrà comprendre emocionalment els seus conflictes i desenvolupar la seva capacitat d'afrontar-los; sent aquesta una veritable tasca preventiva.

Actualment hi ha un únic estudi aleatoritzat multicèntric que compara psicoteràpia psicoanalítica individual amb la teràpia familiar (Trowell, Joffe, Campbell, Clemente, Almqvist, Soininen, M. et al., 2007). Els resultats d'aquest estudi mostren que ambdues teràpies són igualment eficaces per al tractament de la depressió en joves.

#### **- Teràpia familiar (TF)**

Actualment no hi ha dades concloents sobre l'eficàcia de la teràpia familiar en el tractament del trastorn depressiu, donada la gran disparitat dels resultats dels estudis desenvolupats. La TF ha demostrat major eficàcia que la condició placebo de la llista d'espera (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, i Isaacs, 2002), però no ha demostrat una major eficàcia respecte altres intervencions, tals com: TCC individual o teràpia de suport (Brent, Kolko, Birmaher, Baugher, Bridge, Roth, et al., 1998) i la teràpia psicodinàmica (Trowell, Joffe, Campbell, Clemente, Almqvist, Soininen, M. et al., 2007).

## Referències bibliogràfiques generals

- Aberasturi, A. , Knobel, M. ( 2000 ) La adolescencia normal . Un enfoque psicoanalítico. México : Paidós
- Aberastury, A. (1984 ) Teoria y técnica del psicoanálisis de niños. Barcelona : Paidós
- Brent D. A., Kolko, D. J., Birmaher, B., Baugher, M., Bridge, J., Roth, C. et al. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 906-914.
- Brent D, Emsile G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M. et al. (2008). Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*, 299, 901-913.
- Clarke G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H. i Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.
- Conne-Perreard,E. , Cramer, B. , Golse, B. , Lebovici, S. , y Col. ( 2001 ) Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: NECODISNE.
- Campo, A.J., Ribera, C. (1989 ) El juego, los niños y el diagnóstico. " la hora de juego". Barcelona : Paidós.
- Del Barrio, Olmedo y Colodrón (2002) Acción Psicológica 3 Primera adaptación del CDI-S a la población española pp 263-272
- Diamond, G. S., Reis, B. F, Diamond, G. M., Siqueland, L. i Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1190-1196.
- Edelmira Domènech-Llaberia, Nelson Araneda, Alexandre Xifró y M<sup>a</sup> Dolores Riba (2003) Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM-3-6) primeros resultados de validación. Universidad Autónoma y Universidad de Barcelona. *Psicothema*. Vol 15 n<sup>o</sup>4 pp. 575-580

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).
- Kahn, J. S., Kehle, T. J., Jensen, W. R. i Clark, E. (1990). Comparison of cognitive-behavioural, relaxations and self-modelling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology review*, 19, 196-211.
- Kennard B. D., Silva S. G., Tonev, S., Rohde, P., Hughes J. L., Vitiello, B. et al. (2009). Remission and recovery in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): acute and long-term outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 186-195.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. i Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioural group treatment of depression in adolescents. *Behaviour Therapy*, 21, 385-401.
- Melvin G, A., Tonge, B. J., King, N. J., Heyne, D., Gordon, M. S. i Klimkeit, E. (2006). A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1151-1161.
- Montaner, A., Torras de beà, E., ( Compiladores ) ( 2010 ) Elementos psicoterapèutics de la primera entrevista al alta. Barcelona : Lectio.
- Mufson, L., Dorta, K. P, Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M. i Weissman M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- Palacio Espasa, F. , Dufour, R. ( 2003 ) Diagnòstico estructural en el niño. Spain : Herder
- Pla Director de Salut Mental i Addiccions (2006) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
- Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. (2008) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

- Rebeca Robles, Francisco Paez (2003) Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) *Salud Mental* Vol. 26 No. 1
- Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Salud Mental. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la depresión infanto-juvenil. (2006) Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid
- Reynolds W. M. i Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 653-660.
- Rodriguez Avila Jimena, Ortiz Ramirez Mario (2008) Artículo Depresión Infantil Revista Científica Electrónica de psicología ICSa-UAEH No. 6 Hospital del Niño DIF. Pachuca, Hidalgo
- Rohde, P., Jorgensen, J. S., Seeley, J. R. i Mace, D. E. (2004). Pilot evaluation of the Coping Course: a cognitive-behavioral intervention to enhance coping skills in incarcerated youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 669-676.
- Rossello, J. i Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 734-745.
- Stark, K. D., Reynolds, W. M. i Kaslow, N. J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J. M. i Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 856-867
- Torras de Beà , E. ( Compiladora ) ( 2007 ) Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños , adolescentes y familia. Barcelona : Lectio
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M. et al. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 157-167.

- Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E. i Bickerton, W. L. (1996). A randomised controlled out-patient trial of cognitive-behavioural treatment for children and adolescents with depression: 9-month follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 40, 105-116.
- Weisz, J. R., Thurber, C. A., Sweeney, L., Proffitt, V. D. i LeGagnoux, G. L. (1997). Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 703-707.
- Wood, A., Harrington, R. i Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 737-746.
- Young, J. F., Mufson, L. i Gallop, R. (2010). Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety*, 27, 426-433.
- Young, J. F., Mufson, L. i Davies, M. (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1254-1262.

## Referències bibliogràfiques de la taula 8 (Tractaments farmacològics)

- Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 07-2009
- Fitxes tècniques dels diferents fàrmacs. Disponibles a <http://sinaem4.agemed.es/consaem/fichastecnicas>
- Lacy, Armstrong, Goldman, Lance. Drug Information Handbook 2009-2010, 19th edition
- Mrach J, Silva S, Petrycki S, et al. The Treatment for adolescents with Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA 2004;292:807-820
- Cheung A, Emslie G, Mayes T. The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. CMAJ 2006;174(2):193-200
- Tsapakis E, Soldani F, tondo L, Baldessarini R. Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry 2008; 193:10-17
- Vitiello B. Treatment of adolescent depression: what we have come to know. Publicado en [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
- H. Denizot et al. Traitement psychotrope à long terme dans les dépressions de l'enfant. Archives de pédiatrie 2009; 16:1208-1212
- Shashi K et al. Childhood and Adolescent Depression. American Academy of Family Physicians 2007;75(1).73-80

## Guies clíniques d'interès

- National Institute of Clinical Excellence. (2005). Depression in Children and Young People: Identification and management in primary, community and secondary care. *National Clinical Practice Guideline, 28*.
- Guia de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, 2009
- <http://www.aacap.org>
- <http://psych.org>