

**EVALUACIÓN PSICOLÓGICA  
CLÍNICA**

**DOC. BATAZ MORALES RODOLFO.**



**MAPA CONCEPTUAL.**

**RUBISELA YANETT VAZQUEZ  
HERNANDEZ.**

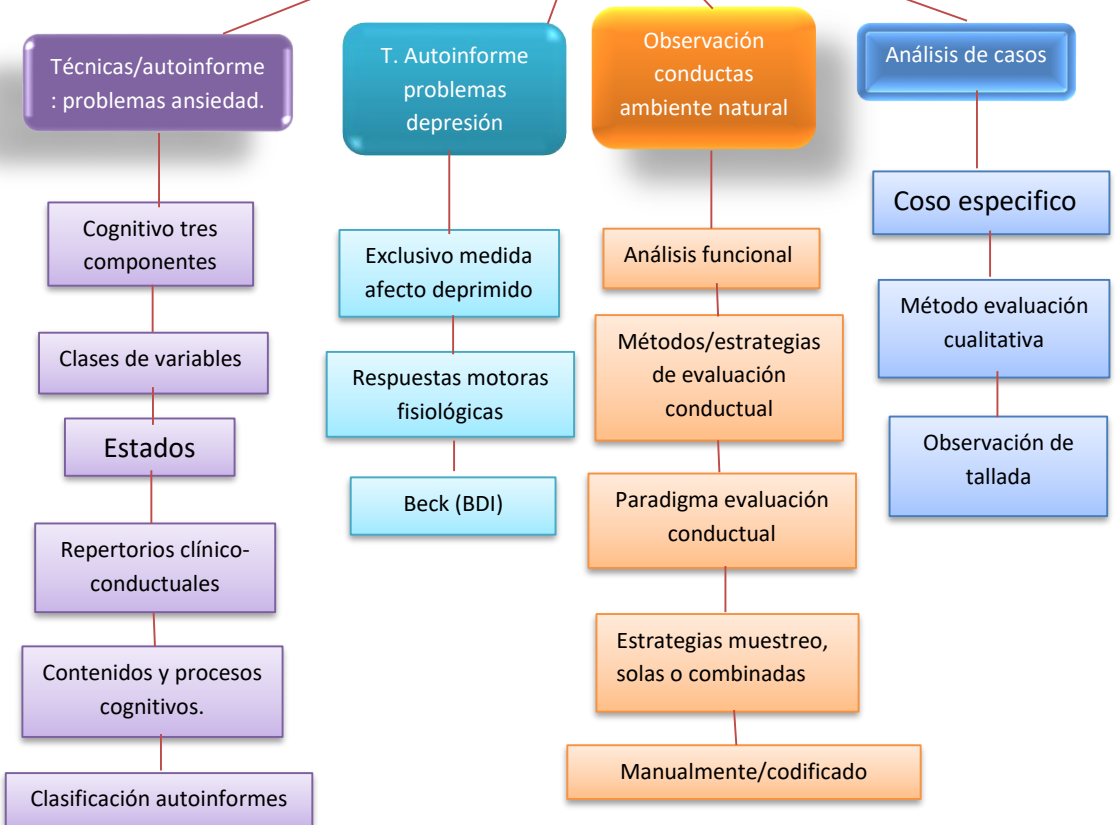
**6 CUATRIMESTRE**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**SEMIESCOLARIZADO**

**02/08 /2020.**

# Clases prácticas



## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. De hermanos y lugar que ocupa entre ellos: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ N° de hijos: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

### Tabla 1.- Escala de sinceridad del EPI (Eysenck y Eysenck, 1990)

2.- ¿Necesita con frecuencia amigos que le comprendan y alienten? 8.- ¿Generalmente dice y hace las cosas con rapidez y sin pararse a pensarlas?
14.- ¿Se siente usted fácilmente herido en sus sentimientos o amor propio?
20.- ¿Prefiere tener pocos amigos, pero muy escogidos?
26.- Después de haber hecho algo importante, ¿piensa usted a menudo que podría haberlo realizado mejor?
30.- ¿Habla algunas veces de cosas que desconoce? 36.- ¿Murmura usted alguna vez?
42.- Alguna vez, después de oír el despertador, ¿ha preferido que darse un rato más en la cama?
48.- ¿Le gusta que alguna vez le alaben algo de lo que ha hecho? 54.- ¿Ha comido usted alguna vez algo más de lo que debiera?

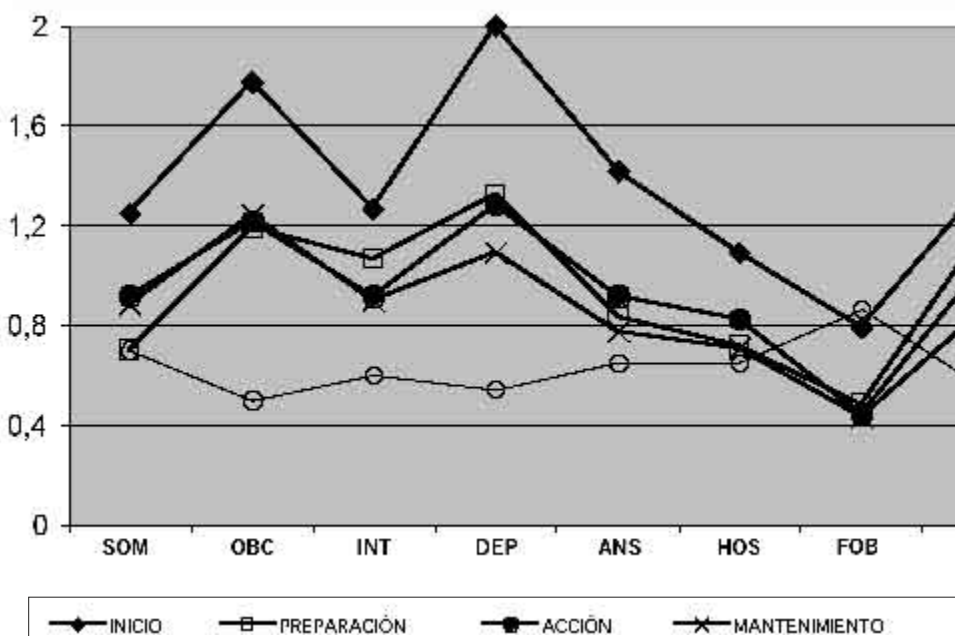
**Tabla 2. Correlaciones (r de Spearman) entre las escalas de control del MCMI-II y las escalas de síndromes del Eje I del mismo cuestionario II y algunas escalas y los índices generales del SCL-90- R, y el BDI en puntuaciones directas. (Se eliminan las correlaciones  $p>0,001$ ).**

	TBX	TBY	T B Z
MCMI-II			
TB ANSIEDAD	0,50		
TB SOMATOMORFOS	0,45		
TB HIPOMANÍA	0,58	0,39	
TB DISTIMIA	0,55		
TB ABUSO ALCOHOL	0,65		
TB ABUSO DROGAS	0,74		
TB PENSAMIENTO PSICÓTICO	0,71		
TB DEPRESIÓN MAYOR	0,64	-0,22	
TB TRASTORNO DELIRANTE	0,50	0,48	
SCL-90-R			
IDEACIÓN PARANOIDE	0,57		
PSICOTICISMO	0,55		
ÍNDICE GENERAL SINTOMÁTICO	0,57		
TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS	0,59		
ÍNDICE DE MALESTAR	0,46		
BDI	0,43	-0,28	

**Tabla 5. Porcentaje de sujetos del Grupo de Inicio de tratamiento (N=103) que puntúan por debajo y por encima del punto de corte TB=75 en las escalas B (Abuso de alcohol) y T (Abuso de drogas) en el MCMI-II.**

	DROGA PRINCIPAL			
	HEROÍNA	COCAÍNA	ALCOHOL	CANNABIS
TB<75	62,1%	60,0%	39,1%	100,0%
TB>74	37,9%	40,0%	<b>60,9%</b>	0,0%
Escala T	51,7%	53,3%	69,6%	83,3%
	<b>48,3%</b>	<b>46,7%</b>	30,4%	<b>16,7%</b>

**Gráfico 1. Representación gráfica de las puntuaciones medias obtenidas por cada grupo, en función del momento de tratamiento, en las escalas sintomatológicas del SCL-90-R, comparadas por las obtenidas en población general.**



SOM=Somatización, OBC=Obsesión/Compulsión, INT=Sensibilidad Interpersonal, DEP=Depresión, ANS=Ansiedad, HOS=Hostilidad, FOB=Ansiedad Fóbica, IPA=Ideación Paranoide, PSI=Psicoticismo; POBL.GEN=Población General. Grupo de Inicio (n=181), Preparación (n=34), Acción (n=84) y Mantenimiento (n=46).

**Tabla 6. Correlaciones no paramétricas (r de Spearman) entre las escalas e índices generales del SCL-90, las escalas de síndromes clínicos del MCMI-II y el BDI, en puntuaciones directas. (Se han eliminado las correlaciones significativas para  $p > 0,001$ ).**

	Ansiedad	Somatomorfos	Hipomanía	Distimia	Abuso alcohol	Abuso drogas	Pensamiento psicótico	Depresión mayor	Trauma delirante	BDI
SOMATIZACIÓN	0,56	0,47		0,45	0,34	0,30	0,43	0,53		0,61
OBSESIÓN/ COMPULSIÓN	0,59	0,45		0,53	0,46	0,32	0,57	0,63		0,72
SENSIBILIDAD	0,41	0,33		0,44	0,40	0,33	0,53	0,52		0,65
INTERPERSONAL DEPRESIÓN	0,61	0,47		0,57	0,45	0,26	0,58	0,68		0,83
ANSIEDAD	0,64	0,53	0,22	0,53	0,49	0,37	0,55	0,64		0,70
HOSTILIDAD	0,51	0,42	0,28	0,44	0,43	0,45	0,46	0,53		0,53
ANSIEDAD FÓBICA	0,50	0,39		0,47	0,47	0,27	0,47	0,55		0,55
IDEACIÓN	0,41	0,34	0,27	0,38	0,42	0,40	0,60	0,47	0,31	0,56
PARANOIDE	0,53	0,44	0,20	0,53	0,49	0,37	0,65	0,61		0,72

ÍNDICE GENERAL	0,64	0,52	0,24	0,58	0,51	0,39	0,62	0,69	0,80
SINTOMÁTICO									
TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS	0,61	0,52	0,23	0,54	0,50	0,38	0,58	0,63	0,70
ÍNDICE DE MALESTAR	0,52	0,41	0,21	0,51	0,39	0,30	0,53	0,58	0,73
BDI	0,56	0,37		0,54	0,44		0,49	0,65	

**Tabla 7. Correlaciones (r de Spearman) entre las medidas de depresión: BDI, escala de Depresión del SCL-90-R (ambas en puntuaciones directas) y escalas D (Distimia) y CC (Depresión Mayor) del MCMI-II (en puntuaciones TB). (En negrita significación  $p < 0,001$ ).**

		DEPRESIÓN SCL-90-R	DISTIMIA (MCMI-II)	DEPRESIÓN MAYOR (MCMI-II)
BDI	<i>r</i>	<b>0,83</b>	<b>0,54</b>	<b>0,65</b>
	<i>N</i>	280	181	181
DEPRESIÓN SCL-90-R	<i>r</i>		<b>0,57</b>	<b>0,68</b>
	<i>N</i>		245	245
DISTIMIA (MCMI-II)	<i>r</i>			<b>0,77</b>
	<i>N</i>			245

**Tabla 9. Resumen del modelo de regresión de las escalas sobre el Índice General Sintomático del SCL-90-R.**

<b>Modelo</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> corregid a</b>	<b>Error típ. de la estimación</b>
ANSIEDAD	0,91	0,83	0,83	0,31
DEPRESIÓN	0,96	0,91	0,91	0,22
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	0,97	0,94	0,94	0,18
SOMATIZACIÓN	0,98	0,96	0,96	0,15
PSICOTICISMO	0,98	0,97	0,97	0,14
OBSESIÓN/COMPULSIÓN	0,99	0,97	0,97	0,13
IDEACIÓN PARANOIDE	0,99	0,97	0,97	0,12
ANSIEDAD FÓBICA	0,99	0,97	0,97	0,12
HOSTILIDAD	0,99	0,98	0,97	0,12



# TÉCNICAS DE AUTOINFORME

## INTRODUCCIÓN

### → ASPECTOS ESENCIALES

1. Los autoinformes son procedimientos de recogida de datos donde el observador es el propio sujeto. Recogen una temática variada que incluye respuestas motoras, fisiológicas, cognitivas, emocionales y opiniones subjetivas.
2. En función del tipo de respuestas empleado podemos distinguir autoinformes con respuestas abiertas, dicotómicas (sí/no), escalares (tipo Likert), e ipsativas (se requiere asignar un orden).
3. La clasificación de los autoinforme incluye a la entrevista, los test (cuestionarios, inventarios y escalas), el autorregistro y la técnica de pensamientos en voz alta.
4. El autorregistro o auto-observación se diferencia de otro tipo de autoinformes porque en éste además de observarse a sí mismo es el propio sujeto el que registra los datos. También se caracteriza por adoptar un formato semi-estructurado.
5. Las fuentes de error más importantes que afectan a los autoinformes son la simulación (falseamiento voluntario de las respuestas), la deseabilidad social (tendencia involuntaria a describirnos de un modo socialmente deseable) y las tendencias de respuesta (aquiescencia, tendencia central y severidad).

## ÍNDICE

1. Características generales
2. Unidades de análisis
  - 2.1. Rasgos dimensiones o factores de personalidad
  - 2.2. Estados
  - 2.3. Repertorios conductuales
  - 2.4. Repertorios cognitivos
3. Fuentes de evaluación en autoinformes
4. Clasificación de los autoinformes
  - 4.1. Entrevista
  - 4.2. Cuestionarios, inventarios y escalas
  - 4.3. Autorregistros o auto-observación
    - I. Factores que afectan a la precisión del autorregistro o auto-observación
    - II. Factores que contribuyen a incrementar la reactividad del autorregistro o auto-observación
  - 4.4. Pensamientos en voz alta
5. Fuentes de error de los autoinformes.

## **1- CARACTERÍSTICAS GENERALES**

## Tema 3. Autoinformes

### Definición

Autoinforme: la persona da información de sí misma. (la entrevista es un tipo de autoinforme) "mensaje verbal que un sujeto emite sobre cualquier tipo de manifestación propia." El autoinforme permite una gran heterogeneidad de contenidos, se puede informar de conductas manifiestas y también de conductas encubiertas

Heteroinforme: la persona da información de una tercera persona.

### Ventajas

- Economía
- Rastreo de conductas muy diversas en un tiempo breve
- Permite evaluar los tres sistemas de respuesta (motora, fisiológica/emocional y cognitiva) (único método directo de información del sistema cognitivo).
- Permite recoger información sobre las situaciones y consecuentes de la conducta (Modelo ABC (antecedentes, conducta y consecuentes))

### Críticas

- el conductismo consideraba al autoinforme como un tipo de introspección no como conducta observable y por tanto válido.
- falta de validez externa (Mishel), en qué medida podemos decir que lo que estamos midiendo de la persona sea una característica estable.

### Características de los autoinformes

- Tiempo
- Tipo de conducta
- Grado de accesibilidad
- Contrastabilidad
- Directa-indirecta

- TIEMPO

Hablamos de cuatro tipos de autoinformes

- Autoinformes concurrentes: la persona informa sobre lo que está ocurriendo. Solicitan información sobre eventos que se producen en el

Uno de los aspectos esenciales de los autoinformes hace referencia a cuáles la clase de variable que se estudia (la unidad de análisis), así podemos hablar de autoinformes que recogen información sobre rasgos y factores de personalidad, sobre estados, sobre repertorios conductuales, y sobre repertorios cognitivos.

## 2.1. RASGOS, DIMENSIONES O FACTORES DE PERSONALIDAD

El ejemplo prototípico de este tipo de autoinformes son los test de personalidad (por ejemplo, el MMPI o el 16PF). Se caracterizan por estar tipificados, contruidos a través de estrategias racionales, empíricas o factoriales y permiten obtener una puntuación que nos indica la posición de un individuo en un grupo, en base a una variable intrapsíquica.

La conducta autoinformada es signo de un atributo que está presente en todo los individuos se parte de la hipótesis de la generalidad de la conducta, es decir, la importancia de conocer cómo es el comportamiento general sin tener en cuenta la situación de la respuesta.

Una de las características más significativas de los autoinformes que estudian rasgos de personalidad es que se aplica un diseño de intersujetos, donde las respuestas de un determinado individuo son comparadas con las de los demás sujetos del grupo normativo, dándonos información de posición relativa que ocupa este sujeto en el grupo.

Cabe señalar que los autoinformes son de utilidad en las orientación, clasificación o selección de un individuo ya que nos permiten obtener correlatos de respuestas y predecir hasta cierto punto el comportamiento.

<b>Ejemplos de autoinformes sobre rasgos o factores de personalidad</b>		
<b>MMPI-2 –Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -2-</b>		
(Modificado de Butcher -1989-)		
	Sí	No
1. Me gustan las revistas de mecánica		
2. Tengo buen apetito.		
...		
566. Cuando estoy triste o abatido, generalmente es mi trabajo el que sale perjudicado.		
576. La mayoría de las parejas casadas no se demuestran mucho afecto.		
<b>16PF-5 –Cuestionario Factorial de la Personalidad, 5ª edición-</b>		
(Modificado de Catell -1995-)		
1. En un negocio sería más interesante encargarse de:		

respuestas fisiológicas y motoras efectuadas concurrentes las tareas cognitivas con utilización de distintos autoinformes.

No contamos con métodos independientes de comprobación del mundo subjetivo y cognitivo (interno), si es posible y necesario triangular el constructo cognitivo y/o subjetivo que queremos evaluar utilizando distintas técnicas de autoinforme a la hora de evaluar variables internas relevantes de un sujeto.

Formas de contrastación esenciales aplicables a la evaluación del mundo emocional y subjetivo del sujeto:

1. El autoinforme puede ser contrastado en distintos momentos, para distintas situaciones y mediante diferentes tipos de autoinformes, pudiéndose llegar así a una semivalidación intrasubjetiva. Si un sujeto dice tener miedo de la sangre, podemos situarle ante el objeto temido y verificar su experiencia subjetiva del temor.
2. También existe la posibilidad de contrastación indirecta de los autoinformes sobre respuestas subjetivas al comprobar si se dan los correlatos fisiológicos y motores o los productos de conducta esperados teóricamente.

Autoinformes directos versus indirectos

Las respuestas verbales que emite una persona sobre sí misma pueden ser tomadas a distintos niveles de inferencia por parte del evaluador.

El informe verbal sobre un evento motor, cognitivo o psicofisiológico (y, también, las valoraciones subjetivas de esos eventos comportamentales) puede ser entendido **directa o isomórficamente**, como expresión o muestra de que el evento informado ha ocurrido o está ocurriendo.

Pueden ser tomados **indirecta o inferencialmente**, como manifestación externa (verbal), indicador o signo de una determinada construcción psicológica procedente de una teoría de la psicología.

Las garantías que proponemos a la hora de incrementar la calidad de los autoinformes son las siguientes:

- a. Tener en cuenta el tiempo de referencia y el nivel de transformación del evento por el que se pregunta.
- b. Cuando se utilicen autoinformes directos, tener en cuenta el grado de transformación que requiere el evento preguntado y, si es posible, verificar concurrentemente los autoinformes sobre el pasado.
- c. Utilizar el autoinforme sobre conductas motoras o fisiológicas como un primer procedimiento de recogida de información a la hora de cribar y obtener las conductas importantes objeto de estudio, contrastando este tipo de datos, expresados por el sujeto, con otros procedimientos observacionales más objetivos.
- d. Los autoinformes sobre eventos internos deben ser considerados como datos sobre contenidos cognitivos o subjetivos que deberán ser examinados intrasubjetivamente.
- e. Los autoinformes sobre contenidos cognitivos, experiencia emocional, autocalificaciones, valoraciones, atribuciones, etc., han de ser entendidos como la

## TEMA 10. LOS AUTOINFORMES

### 1. INTRODUCCIÓN

Los autoinformes consisten en mensajes verbales que la persona emite sobre una manifestación propia. Es decir sobre una respuesta motora mía –técnicas de observación-, (yo haría esto, yo fumo x cigarros) sobre una respuesta psicofisiológica –técnicas objetivas- (siento ansiedad en un 7 sobre escala de 1 a 10) y sobre respuestas cognitivas porque los autoinformes son el medio privilegiado para acceder a los pensamientos (yo me siento triste)

### 2. CLASES DE VARIABLES (I)

#### 2.1. **RASGOS FACTORES O DIMENSIONES**

▲ Estos se relacionan tanto con factores de personalidad que son valorados en escalas cuantitativas o con constructos bipolares. Su nivel de inferencia puede variar entre entender desde un nivel II de inferencia, como un correlato, a entender lo que informo como signo de un atributo (nivel IV), un conflicto interno. Hemos visto aquí el EPI neor-Pir, Big Five, Osiq-R.

▲ El modo de construir estos instrumentos puede seguir 3 estrategias

1. **Estrategias racionales = teóricas.** Por ejemplo existe la teoría de los “cinco grandes”, factores de personalidad en base a una escala. A partir de este modelo se construyen los ítems.
2. **Las estrategias empíricas** suponen que a partir de la experiencia o de los datos para elaborar instrumentos. Por ejemplo suelen basarse en la identificación de características entre grupos muy diferentes en un rasgo para a partir de ahí construir los ítems.
3. **Estrategias factoriales:** es decir utilización de procesos matemáticos, concretamente el análisis factorial para extraer los factores o dimensiones principales de un instrumento.

▲ Este tipo de pruebas se caracteriza por contrastar la información con un baremo, datos normativos, grupo de referencia. Lo que nos indican es que con respecto a la curva normal tú te posiciones en un percentil, etc. Existe una población con una puntuación de referencia con la que contrastar mi puntuación.

▲ Miden como eres tú, como es tu personalidad, tus rasgos característicos. Miden la generalidad de la conducta

## 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS AUTOINFORMES

Mensaje verbal que un sujeto emite sobre cualquier tipo de manifestación propia.  
“Si quieres saber la experiencia interna de la persona, quizás el método más directo es preguntarle” (Kleinmutz, 1967)

Dos aspectos esenciales de los autoinformes:

### 1) El tiempo al que se refiere la información

- **Autoinf. Concurrentes: eventos que se producen en el momento de informar.** Ej. La persona describe lo que está percibiendo, de sí mismo o de otros, por medio de sus sentidos (RR. Fisiológicas, pensamientos ...)
- **Autoinf. Presentes:** ocurren en un tiempo presente no bien especificado (¿A qué hora se levanta normalmente?, planes de futuro ..)
- **Autoinf. Pasados:** MLP (memoria autobiográfica) à MCP
- *Los autoinformes concurrentes son potencialmente más exactos que los relativos a hechos o elaboraciones sobre acontecimientos pasados o presentes continuos*

### 2) El tipo de evento que se solicite

- **Evento almacenado en memoria de la misma forma como se pregunta**
  - ¿Cuál fue el primer trabajo que tuviste? ¿Cuándo fue a la escuela por primera vez?
- **Evento que requiere una determinada transformación o elaboración**
  - ¿Era su maestra exigente? ¿Cómo fue tu primer día de colegio?
- ***El autoinforme será más fidedigno si la información demandada fue almacenada con el mismo nivel de elaboración***

## CONTENIDO DEL AUTOINFORME.

### ¿De qué nos puede informar el paciente sobre sí mismo?

- **Dependiendo del nivel de elaboración**
  - Menor elaboración:
    - **Conductas motoras** (Ej. N° cigarros fumados al día)
    - **RR. Fisiológicas** (Ej. Taquicardia)
    - **Pensamientos o Cogniciones** (Ej. Ideas de suicidio)
    - **Emociones** (Ej. Si se siente alegre)
    - **Experiencia subjetiva en relación con determinados comportamientos** (Ej. Si cree que está fumando demasiado)

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. De hermanos y lugar que ocupa entre ellos: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ N° de hijos: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS PARA RESPONDER

Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos

1. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la depresión mayor en niños y adolescentes?

2. ¿Con qué otras manifestaciones es preciso realizar el diagnóstico diferencial?

Factores de riesgo, protectores y evaluación de la depresión mayor

3. ¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección de depresión mayor en niños y adolescentes?

4. ¿Cuáles son los cuestionarios y entrevistas más utilizados en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes?

## Perspectivas y experiencias de los niños y adolescentes con depresión y sus familias

5. ¿Cuáles son las perspectivas y experiencias de los niños y adolescentes con depresión y sus familias?

## Cribado de la depresión mayor

6. ¿El cribado en atención primaria incrementa la identificación de niños y adolescentes con depresión mayor?

7. ¿El cribado de la depresión en niños y adolescentes en atención primaria mejora su asistencia y tratamiento?

8. ¿Cuáles son los riesgos asociados al cribado de la depresión en niños y adolescentes?

9. ¿Cuál es la precisión de los diferentes instrumentos psicométricos en la identificación de la depresión en niños y adolescentes?

## Tratamiento de la depresión mayor

10. ¿Cuál es el tratamiento psicológico más efectivo en el tratamiento de la depresión mayor en la infancia y la adolescencia?

11. En niños y adolescentes con depresión mayor, ¿cuál es la eficacia comparada y seguridad de los diferentes antidepresivos?

12. En niños y adolescentes con depresión, ¿cuál es la efectividad comparada del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado?

## Prevención de recaídas y recurrencia

13. ¿Cuál es la eficacia del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado en la prevención de recaídas y recurrencia en la depresión mayor en niños y adolescentes?

## Estrategias en depresión mayor que no responde al tratamiento

14. ¿Cuál es la eficacia del tratamiento psicológico, farmacológico y combinado en el manejo de la depresión que no responde al tratamiento en niños y adolescentes?



15. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el manejo de la depresión grave y que no responde al tratamiento en niños y adolescentes?

16. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la estimulación magnética trans- craneal en el manejo de la depresión que no responde al tratamien- to en niños y adolescentes?

Tratamiento de la depresión mayor con síntomas psicóticos

17. ¿Cuál es el tratamiento de la depresión mayor con síntomas psicó- ticos en niños y adolescentes?

Otras intervenciones terapéuticas

18. ¿Es eficaz el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de de- presión en niños y adolescentes?

19. En niños y adolescentes con depresión, ¿cuál es la eficacia de las intervenciones online?

20. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las terapias alternativas en niños y adolescentes con depresión?

**Sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (1).**

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si:	Aumentar la calidad si:
Alta	ECA	<b>Limitación en el diseño:</b> Importante (-1) Muy importante (-2) <b>Inconsistencia:</b>	<b>Asociación:</b> • Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacionales sin factores
Moderada	-		
Baja	Estudios observa- cionales		

Muy baja	Otros tipos de diseño metodológico	<p>Importante (-1) Muy importante (-2)</p> <p><b>Evidencia directa:</b> Importante (-1) Muy importante (-2)</p> <p><b>Imprecisión:</b> Importante (-1) Muy importante (-2)</p> <p><b>Sesgo de publicación:</b> Alta probabilidad (-1)</p>	<p>de confusión (+1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR&gt;5 o &lt;0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2)</li> </ul> <p><b>Gradiente dosis respuesta (+1)</b></p> <p><b>Consideración de los posibles factores de confusión:</b> los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)</p>
----------	------------------------------------	---	--

## Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes y familiares	Clínicos	Gestores/Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.

Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes y familiares	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos no.	<p>Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes</p> <p>y que el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y</p>	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

	preferencias.	
--	---------------	--

Recomendaciones de buena práctica clínica\*

3	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el con- senso del equipo elaborador.
---	--

\*En ocasiones, el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual, probablemente, no existe evidencia científica alguna que lo soporte. En general, estos casos se relacionan con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica.

## Perspectivas de pacientes y familiares

<b>3</b>	Se recomienda mejorar el conocimiento de la depresión y sus consecuencias entre los jóvenes y sus familias, así como reducir el estigma asociado [nueva 2017].*
<b>3</b>	Se recomienda un abordaje de la depresión adaptado a las necesidades e inquietudes de los niños y jóvenes, mantener una actitud empática, abordar los sentimientos de fracaso y de culpa que con frecuencia experimentan por estar deprimidos, y respetar las particularidades individuales [nueva 2017].
<b>3</b>	El enfoque terapéutico de la depresión mayor en la infancia y adolescencia debería ser integral e implicar al niño o adolescente y a las familias en la toma de decisiones respecto a la estrategia terapéutica a seguir [nueva 2017].

\*Se adjunta el documento de Información para pacientes y familiares en el anexo 4.

El alcance de la GPC es el siguiente:

### Población diana

- Los grupos contemplados por la GPC son niños/as (5-11 años) y adolescentes (12-18 años) con depresión mayor (episodio depresivo según CIE-10/depresión mayor según DSM-5).
- Para los objetivos de esta guía, el manejo de la depresión se ha dividido en las siguientes categorías (CIE-10): depresión leve, moderada y grave.

### Ámbito o contexto

- La GPC cubre aquella atención que los niños y adolescentes con depresión puedan recibir de los profesionales sanitarios, tanto en atención primaria como en atención especializada (salud mental de niños, adolescentes y de adultos). No se abordan otros servicios, como los sociales, educativos o de tiempo libre.

### Aspectos contemplados

Las áreas clínicas que contempla la guía son:

- Criterios diagnósticos y caracterización de la depresión infanto-juvenil.
- Factores de riesgo y de protección.

- Evaluación.
- Perspectivas de pacientes y familiares.
- Cribado en atención primaria.
- Opciones de tratamiento de la depresión:
  - Tratamiento psicológico (modalidades, número de sesiones, duración).
  - Manejo farmacológico (indicación, dosis, duración, cese, efectos secundarios, toxicidad y ausencia de respuesta a la medicación).
  - Tratamiento combinado.
- Prevención de recaídas/recurrencia.
- Estrategias para la depresión que no responde al tratamiento.
- Tratamiento de la depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Otras alternativas terapéuticas: ejercicio físico, intervenciones *online* y terapias alternativas.
- El consentimiento informado desde el punto de vista legal en España.
- Algoritmo terapéutico: criterios de derivación y manejo según gravedad.

### Aspectos no abordados en la GPC

- La GPC no aborda los trastornos distímico, bipolar, ni el adaptativo.
- La prevención primaria de la depresión en la infancia y adolescencia.
- La GPC no aborda la prevención de la conducta suicida, debido a que este aspecto se recoge en la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Programa de GPC en el SNS, en su apartado específico sobre infancia y adolescencia (16).

Los principales usuarios a los que va dirigida la guía son todos aquellos profesionales sanitarios implicados en el manejo de la depresión en la infancia y en la adolescencia, así como los pacientes y sus familiares/cuidadores. Esta guía podría ser relevante también para profesionales del sistema educativo y de servicios sociales, aunque no está específicamente dirigida a ellos.

