

Protocolo de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno de Depresión



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE DEPRESIÓN

Santo Domingo
Junio 2018

Ministerio de Salud Pública

Título original

Protocolo de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno de Depresión

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:

Formato gráfico y diagramación:

Enmanuel Trinidad

Tyrone Then.

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana

Junio, 2018



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

EQUIPO RESPONSABLE

FORMULADORES

Dra. Zuleika Morillo
Lic. Stephane Suárez
Dra. Sachideybi Santiago
Dr. Deseado Guzmán
Lic. Melissa Fiallo
Lic. Ana García

EVALUADOR EXTERNO

Dra. Maritza López



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año del Fomento de las Exportaciones”

RESOLUCIÓN NO. 000013

19-06-18

QUE PONE EN VIGENCIA LA TERCERA GENERACIÓN DE VEINTINUEVE (29) PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y UNA (1) GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000013

19-06-18

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución de la Republica Dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio ele 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000013

19-06-18

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de la siguiente guía de práctica clínica protocolos de atención en salud:

1. Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro.
2. Protocolo Terapéutico de Inmunosupresión del Trasplante Renal en el Adulto.
3. Protocolo de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
4. Protocolo de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno de Depresión.
5. Protocolo de Atención en Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos del Espectro Autista (TEA).
6. Protocolo de Manejo del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en Niños, Niñas y Adolescentes.
7. Protocolo de Terapia Electroconvulsiva.
8. Protocolo para el Manejo Nutricional del Paciente Adulto Hospitalizado.
9. Protocolo de Manejo Nutricional Intrahospitalario en Neonatos Enfermos.
10. Protocolo de Soporte Nutricional al Paciente Adulto Politraumatizado en Estado Crítico.
11. Protocolo de Manejo Nutricional en Paciente Adulto Quemado Crítico.
12. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con pancreatitis Aguda.
13. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con Cirrosis Hepática Descompensada.
14. Protocolo para el Manejo Nutricional del Paciente Oncológico Hospitalizado.
15. Protocolo de Asistencia Nutricional a Pacientes Diabéticos Hospitalizados
16. Protocolo de Atención para el Manejo del Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar no Cetónico.
17. Protocolo para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2.
18. Protocolo de Atención para el Manejo de la Cetoacidosis Diabética en Adultos
19. Protocolo de Atención para el Tratamiento de la Gastroquiasis en Neonatos.
20. Protocolo de Manejo de la Atresia Esofágica.
21. Protocolo para el Manejo de la Malformación Anorectal.
22. Protocolo de Atención para el Manejo de Enfermedad de Hirschsprung.
23. Protocolo de Atención para el Manejo de Niños/as con Síndrome Congénito Asociado a Virus Zika.
24. Protocolo de Atención para el Manejo de la Enterocolitis Necrotizante en Neonatos.
25. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Asfíxia Perinatal y Encefalopatía Hipóxico-Isquémica.
26. Protocolo de Atención de Neumonía Neonatal.
27. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Hipertensión Pulmonar Persistente.
28. Protocolo de Hemorragia Pulmonar en el Recién Nacido.
29. Protocolo de Atención de VIH/SIDA y Coinfección VIH/TB en Adultos.
30. Protocolo Para El Manejo Quirúrgico De La Obstrucción Intestinal.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto

000013

representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los diecinueve (19) días del mes de junio del año dos mil dieciocho (2018).

DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



0. INTRODUCCIÓN

Con la apertura de la Residencia de Psiquiatría Infantil y Adolescente en República Dominicana, en julio de 2016, se propone una mirada investigativa, observacional y más estructurada sobre la incidencia de las diversas patologías mentales y conductuales que aquejan a niños, niñas y adolescentes.

La depresión, uno de los trastornos de la salud mental más frecuentes a nivel mundial, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aqueja no solo a personas adultas; sino también a menores de 18 años.

Al evaluar a 1,162 niños y niñas, los psiquiatras infantiles titulares y en formación del Servicio de Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, encontraron una incidencia de depresión infantil correspondiente al 5.2 % de los casos, porcentaje incrementado con el paso del tiempo.

En edades tempranas de la vida, los trastornos depresivos figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, con una prevalencia de entre 2 % y 5 % en menores de 10 años; y de 4 % a 8 % en la adolescencia temprana, llegando hasta un 25 % al final de dicha etapa de desarrollo.

La prevalencia de la condición es la misma en niños y niñas; pero cambia a una razón de 2:1 en la adolescencia, etapa en donde la aparición de síntomas depresivos sigue siendo el predictor más alto de suicidio en adolescentes.

1. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos para la atención de niños, niñas y adolescentes con trastorno de depresión infantil, mediante la identificación y el diagnóstico de la patología, así como de la intervención psicoterapéutica y farmacológica.

2. EVIDENCIAS

- Heinze, G. & Camacho, P. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. Ed S. Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales)
- National Institute For Health and Care Excellence. Depression in Children and Young People. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013. (NICE Clinical Guidelines, QS48).
- Pacheco, P. & Chaskel, R. (2012). Depresión en niños y adolescentes. *Curso continuo de actualización en Pediatría CCAP*, 15 (1). Recuperado de: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales y familiares, psiquiatras infantiles y de adolescentes, pediatras y neuropsiquiatras; así como psicólogos clínicos y todo el personal de salud.

4. POBLACIÓN DIANA

Niños, niñas y adolescentes con una sintomatología correspondiente al trastorno de depresión infantil, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5/APA, 2014); y del capítulo V de la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10/OMS, 1992), relativo a los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

5. DEFINICIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado por profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida general del interés y disminución de las funciones psíquicas. En niños, niñas y adolescentes posee características polimórficas que pueden ser enmascaradas por otras perturbaciones psicológicas y, al igual que en los adultos, afectar las áreas cognitiva, emocional, funcional y de interacción social.

La etiología de esta condición está relacionada con múltiples factores: genéticos, ambientales, eventos vitales y características propias del menor.

Entre los factores ambientales asociados a la depresión en niños, niñas y adolescentes, se encuentran: abuso sexual, abandono, divorcio, pérdidas afectivas, muerte de una persona cercana y desastres naturales. En tanto, los duelos, las enfermedades crónicas y otras variables, como la situación socioeconómica, son considerados eventos vitales. (Pacheco & Chaskel, 2012. Pág. 31).

6. CLASIFICACIÓN

Para el diagnóstico de la depresión en niños, niñas y adolescentes, serán utilizados los manuales clasificatorios DSM-5. Se pondrá especial atención a las variables propias del desarrollo cognitivo y social, dada la importancia diferenciadora (con relación a la depresión en adultos) de la sintomatología presentada según el estadio evolutivo del menor.

7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico estará basado en la información obtenida a través de:

- La entrevista clínica al niño, la niña o la persona adolescente.
- La entrevista clínica a los padres del paciente.
- La información obtenida en el ámbito escolar.
- La exploración física del niño, la niña o la persona adolescente.

Es de vital importancia la utilización de las siguientes escalas:

- Cuestionario de depresión infantil (CDI), Kovacs, 1992.
- Inventario de depresión de Beck, 1996.
- Cuestionario sobre el comportamiento de niños y niñas (CBCL), Achenback, 1985.

7.1 Historia clínica

7.1.1 Anamnesis

- Inicio de los síntomas.
- Antecedentes heredofamiliares de síntomas similares al trastorno del espectro autista u otros retrasos del neurodesarrollo.
- Evaluación de la presencia de signos y síntomas de otras enfermedades neurológicas y del neurodesarrollo.
- Exploración de la historia general del desarrollo del paciente.

7.1.2 Signos y síntomas

Preescolares (de tres a seis años)

- Ansiedad acompañada de fobias escolares y trastornos de eliminación del tipo encopresis y enuresis.
- Cara triste, inexpresiva o indiferente.
- Disminución del interés lúdico, escasa comunicación oral y limitaciones en la interacción social.
- Alteración en el apetito, somatizaciones, cefaleas, dolores abdominales, manifiesta irritabilidad y rabietas frecuentes.
- Alteración en el peso esperado para su edad cronológica.
- Retraso psicomotor o trastornos del desarrollo emocional.

Escolares (entre siete años y el alcance de la pubertad)

- Cara triste, apatía, irritabilidad, agresividad, letargo o hiperactividad.
- Tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y, en ocasiones, ideas recurrentes relacionadas con la muerte.
- Comportamientos que ponen en riesgo al propio paciente.
- Falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar o trastornos de conducta en el ámbito escolar.
- Trastorno del sueño y disminución o aumento del apetito.
- Trastornos somáticos.

Adolescentes

- Comportamientos que, de forma inequívoca, ponen al propio paciente en riesgo.
- Conductas negativas y disociales.
- Abuso de alcohol, tabaco y sustancias controladas o prohibidas.
- Irritabilidad, agresividad, percepción de rechazo familiar o social, aislamiento, abandono del autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, anhedonia, marcada autocrítica, deterioro de la propia imagen y disminución de la autoestima.
- En ocasiones, pueden tener pensamientos relativos al suicidio o a las autoagresiones (cortes superficiales en extremidades, abdomen, golpearse contra las paredes, quemarse, pellizcarse o rasguñarse, entre otros).
- Es frecuente, en cualquiera de las edades abarcadas por este Protocolo, que el trastorno depresivo se manifieste asociado con otras perturbaciones psicológicas, como se describe en las comorbilidades de esta revisión. (Pacheco & Chaskel, 2012. Pág. 31).

7.1.3 Examen físico

En el examen físico deberá ser completada la evaluación pediátrica general y descartada la presencia de enfermedades orgánicas que puedan ocasionar o contribuir con la sintomatología que motiva la consulta.

7.2 Análisis de laboratorio, exámenes complementarios y de imágenes

7.2.1 Análisis de laboratorio:

- Hemograma completo
- Glicemia
- Perfil tiroideo (T3, T4, TSH)
- Urea, creatinina
- Enzimas hepáticas (AST, ALT)
- ASO, fosfatasa alcalina, plomo

7.2.2 Exámenes complementarios: la organicidad debe ser descartada antes de establecer el diagnóstico.

8. CRITERIOS DE INGRESO

Solo serán ingresados pacientes con:

- Ideación suicida.
- Intento autolítico: planeación o ejecución fallida del acto suicida.
- Pacientes con deterioro en el proceso evolutivo, a las diez semanas de iniciado el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, el cual afecta su cotidianidad en todos los contextos (casa, escuela e interacción con sus pares). Si en uno solo de estos escenarios el paciente presenta una involución importante, quedará a criterio del médico su ingreso al centro hospitalario.

Notas: Al no ser contemplado en menores de 15 años el uso de terapia electroconvulsiva (TEC), el equipo multidisciplinario deberá evaluar su utilidad en el caso específico, suscribiéndose a los criterios conocidos e independientemente de la edad del paciente.

Egreso: Se considera el egreso, cuando el paciente evidencie una remisión en los síntomas en un periodo de una semana.

- En caso de severidad leve, emplear terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras seis u ocho semanas.
- Ante una depresión moderada, iniciar la terapia cognitivo-conductual y/o un antidepresivo.
- Si el paciente presenta una depresión severa, priorizar el uso inicial de un antidepresivo, acompañado siempre de algún tipo de psicoterapia.

Independientemente del rango de severidad, en todos los casos es muy importante explicar a los cuidadores del menor todo lo que deban saber acerca de la depresión infantil y asegurarse de la adecuada aceptación de este diagnóstico.

Deben ser reconocidos los factores protectores relativos a esta condición, pues reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación. Por ello, es preciso:

- Identificar y aprovechar actividades o medios sociales que favorezcan el buen humor del paciente.
- Incentivar positivas relaciones sociales, el cultivo de la amistad y la interacción sana con amigos y amigas, especialmente de su misma edad.
- Favorecer el desarrollo de fluidas relaciones familiares basadas en la comunicación, el respeto y la confianza entre cada uno de los miembros del núcleo.
- Dar a conocer los logros personales del niño, la niña o la persona adolescente en sus entornos familiar, escolar y comunitario.

8.1 Tratamiento farmacológico

La evaluación de las necesidades farmacoterapéuticas, de ayuda diagnóstica y procedimientos complementarios será realizada por el equipo interdisciplinario, bajo la supervisión o coordinación un psiquiatra infantil.

- **La primera línea de antidepresivos** utilizada será del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina y sertralina, para niños y niñas a partir de los seis años; mientras que los ISRS escitalopran y citalopram serán indicados a mayores de siete años.
- **En segunda línea**, serán utilizados antidepresivos duales como la mirtazapina, en menores a partir de los nueve años.

En el caso de pacientes ingresados, será utilizado el esquema farmacológico recomendado; y, en aquellos que presenten síntomas psicóticos, será agregado un medicamento antipsicótico.

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previo a la evaluación y a la intervención farmacológica, el tutor del menor con trastorno de depresión infantil completará y firmará debidamente el formulario de consentimiento informado.

10. INDICADORES

Para el seguimiento a la implementación del protocolo clínico se debe recolectar información relacionada a los siguientes indicadores.

Proceso de atención	Indicador
Tratamiento de primera línea	Porcentaje de pacientes tratados con medicamentos de primera línea según lo establecido por el protocolo.
Consentimiento informado.	Porcentaje de pacientes hospitalizados que cuentan con consentimiento informado firmado por el tutor del paciente.

11. IMPLEMENTACIÓN

La institución prestadora de servicios de salud según sus condiciones particulares, el tipo y las características de los protocolos a implementar, define las estrategias de implementación que usará para establecer su respectivo plan. Esto permitirá definir más claramente la contribución del proceso al impacto en la gestión de la organización.

El plan de implementación es el conjunto de directrices que deben seguirse para llevar a la práctica y diseminar adecuadamente la guía dentro de cada institución prestadora de servicios de salud. Así mismo el plan de implementación debe identificar acciones y responsables en cada etapa del proceso.

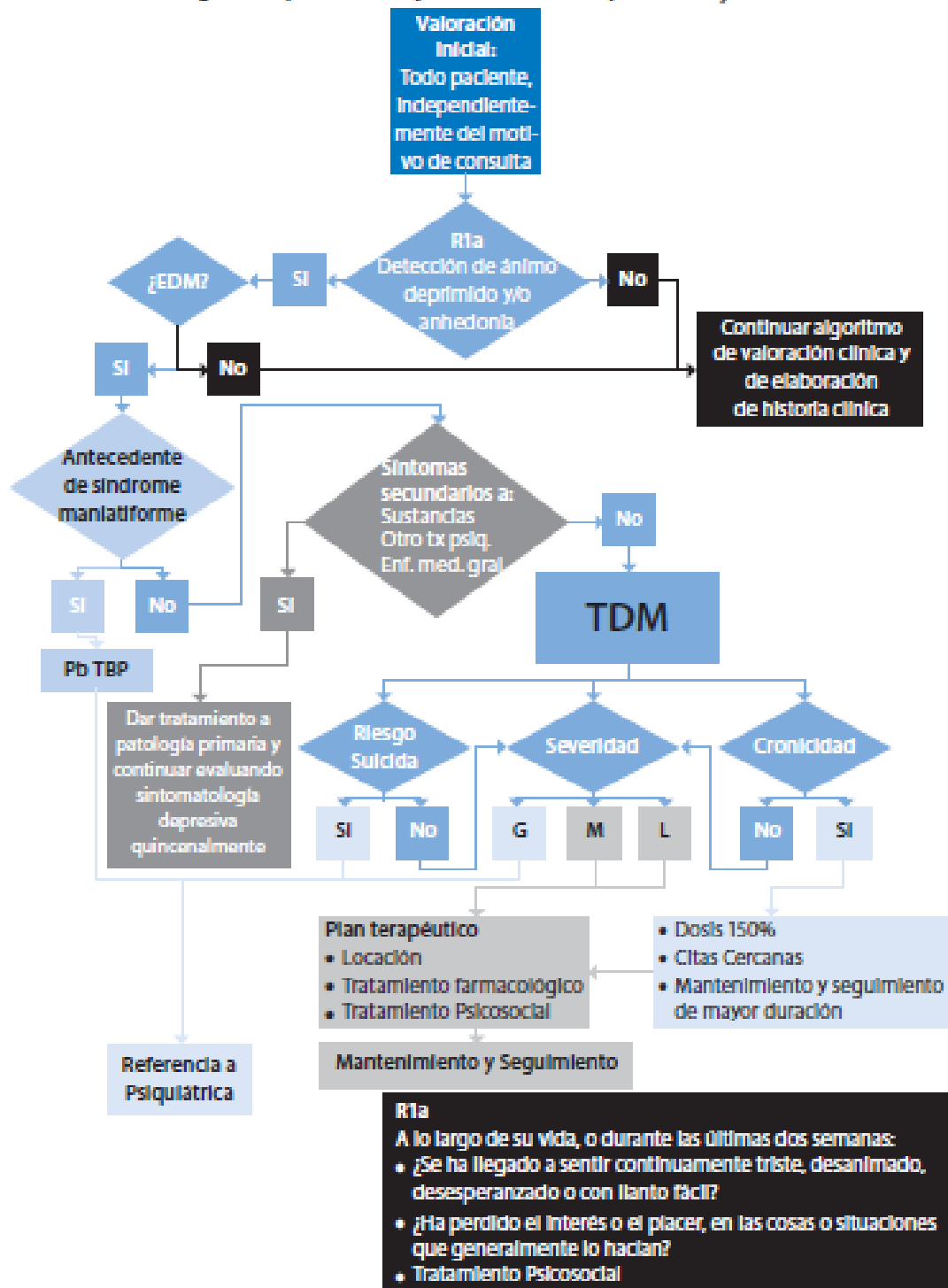
Elementos sugeridos para la implementación

1. Conformar un equipo responsable de impulsar la implementación compuesto por los profesionales de dicha especialidad.
2. Disponibilidad y acceso: Consiste en garantizar la disponibilidad y acceso de los protocolos en todo momento y todo lugar donde se haya definido que se van a utilizar, como los consultorios.
3. Sesiones formativas: Dirigida a crear espacios en que los usuarios de los protocolos puedan revisar sus conocimientos y actitudes acerca del tema tratado en cada uno de los protocolos, con respecto a los conocimientos y actitudes de sus colegas y el contenido de los mismos.
4. Identifique las barreras y facilitadores de la implementación de las recomendaciones seleccionadas
5. Auditoría y retroalimentación: Se basa en la verificación de resultados
6. Recordatorios: Consiste en disponer diferentes actividades y medios que le recuerden a los usuarios permanentemente que existe un proceso de protocolización institucional, que se deben usar los protocolos y algunos contenidos de los protocolos.

7. Incentivos: Consiste en realizar actividades que motiven la aceptación y práctica de las acciones incluidas en los protocolos, disponiendo reconocimientos de diferente clase para los usuarios en proporción directa a los protocolos.
8. Realice un seguimiento a la adopción de las recomendaciones a través de los indicadores propuestos en el protocolo o pueden desarrollarse unos indicadores específicos.

12. ALGORITMO Y/O FLUJOGRAMA

Algoritmo para el manejo del Trastorno Depresivo Mayor



Elaborado por grupo de trabajo. Para mayores detalles, favor de leer el texto

13. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. Arlington, Va.: American Psychiatric Association. 2013.
2. Clasificación Internacional de Enfermedades. Códigos CIE-10: décima edición.
3. Pacheco, P. & Chaskel, R. (2012). Depresión en niños y adolescentes. *Curso continuo de actualización en Pediatría CCAP*, 15 (1). Recuperado de: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
4. Heinze, G. & Camacho, P. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. Ed S. Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales)
5. National Institute For Health and Care Excellence. Depression in Children and Young People. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013. (NICE Clinical Guidelines, QS48)
6. Congreso FLAPIA. Campo de Jordao, Sao Paulo, Brasil. 2015
7. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Año 2018. Versión sin publicar.