

Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (*Therapeutic Identification of Depression in Young People*) en el Sistema Nacional de Salud

Feasibility and applicability of the TIDY Program
(Therapeutic Identification of Depression in
Young People) in the National Health System

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

ACIS, Avalia-t

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (*Therapeutic Identification of Depression in Young People*) en el Sistema Nacional de Salud

Feasibility and applicability of the TIDY Program
(Therapeutic Identification of Depression in
Young People) in the National Health System

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

ACIS, Avalia-t

Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young People en el Sistema Nacional de Salud / Yolanda Triñanes Pego, Antonio Rial Boubeta, Lucía Varela Reboiras, [et al.] . — Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.

1 archivo pdf; — (Informes, Estudios e Investigación)

NIPO: anticipo de edición

Depósito legal: C 1442-2018

1. Depresión 2. Diagnóstico 3. Desarrollo de programa 3. Adolescente. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t II. Madrid. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Dirección: María José Faraldo Valles.

Autoría: Yolanda Triñanes Pego, Antonio Rial Boubeta, Lucía Varela Reboiras, José Alfredo Mazaira Castro, Gerardo Atienza Merino.

Documentalista: Beatriz Casal Acción.

Este documento ha sido realizado por la **Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t**, unidad dependiente de la **Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS)**, en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el desarrollo de las actividades del *Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS*, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial de 27 de enero de 2017 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 17 de diciembre de 2017).

Para citar este informe: Triñanes Pego Y, Rial Boubeta A, Varela Reboiras L, Mazaira Castro JA, Atienza Merino G. Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young People) en el Sistema Nacional de Salud. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2018.

Información dirigida a profesionales sanitarios.

Esta ficha técnica ha sido sometida a un proceso de revisión externa. La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS agradece al **Dra. Elena Garralda Hualde**, del Imperial College London; y a **D. José Manuel Granada**, del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, su colaboración desinteresada y los comentarios aportados. También nos gustaría agradecer a **Rosendo Bugarín González** por su participación en el diseño del estudio cualitativo y reclutamiento de la muestra, y a todos los participantes del estudio cualitativo.

El contenido del presente informe es responsabilidad exclusiva de la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, avalia-t, sin que la colaboración de los revisores externos presuponga por su parte la completa aceptación del mismo.

Los autores y revisores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización.

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Fecha de edición: 2018

Edita: Santiago de Compostela. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS)

Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t

Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

NIPO: anticipo de edición

Depósito legal: C 1442-2018

Contacto: avalia-t@sergas.es

Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (*Therapeutic Identification of Depression in Young People*) en el Sistema Nacional de Salud

Feasibility and applicability of the TIDY Program
(Therapeutic Identification of Depression in
Young People) in the National Health System

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

ACIS, Avalia-t

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

Índice

Resumen	9
Abstract	13
Lista de abreviaturas	17
Lista de tablas	19
Justificación	21
1 Introducción	23
1.1 Descripción del problema de salud	23
1.1.1 Problema de salud diana	23
1.1.2 Manejo actual del problema de salud	29
1.2 Descripción y características técnicas de la tecnología a estudio	31
1.2.1 Características de la tecnología	31
1.2.2 Utilización	36
1.2.3 Requerimientos de la técnica	36
1.2.4 Financiación de la tecnología	37
2 Alcance y objetivos	39
2.1 Objetivo general	39
2.2 Objetivos específicos	39
3 Método	41
3.1 Metodología de elaboración de la revisión sistemática	41
3.2 Metodología del estudio cualitativo	42
4 Resultados	45
4.1 Resultados de la revisión sistemática	45
4.1.1 Resultados de la búsqueda y descripción de los estudios seleccionados.	45
4.1.2 Resultados de seguridad del paciente y efectividad clínica	45
4.1.3 Resultados del programa TIDY en el manejo clínico	46
4.1.4 Estudios en marcha	46
4.1.5 Resultados preliminares del pilotaje del programa TIDY en el área de Santiago de Compostela	47
4.2 Resultados del estudio cualitativo	49

5	Consideraciones de implementación	59
5.1	Aspectos económicos	59
5.1.1	Estimación del impacto presupuestario	59
5.1.2	Eficiencia de la tecnología	59
5.2	Aspectos organizativos	59
5.2.1	Descripción de los aspectos organizativos	59
6	Aspectos éticos, sociales y legales	61
6.1	Aspectos éticos	61
6.1.1	Descripción de los aspectos éticos	61
6.2	Aspectos sociales	62
6.2.1	Descripción aspectos sociales	62
6.3	Aspectos legales	62
6.3.1	Descripción aspectos legales	62
7	Discusión	63
7.1	Discusión de la metodología	63
7.2	Discusión de los resultados de la revisión sistemática	64
7.3	Discusión de los resultados del estudio cualitativo	65
7.4	Discusión de los aspectos económicos y organizativos	67
7.5	Discusión de los aspectos éticos, sociales y legales	68
8	Conclusiones	69
9	Bibliografía	71
Anexos		79
Anexo A.	Estrategia de búsqueda	79
Anexo B.	Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios	84
Anexo C.	Tablas de evidencia	85
Anexo D.	Calidad de la evidencia de los estudios incluidos	86
Anexo E.	Artículos excluidos	88

Resumen

Introducción: la depresión es un importante problema de salud en la adolescencia, y está asociada a un déficit funcional significativo, disminución de la calidad de vida y a la conducta suicida. A pesar de ello, diferentes estudios apuntan a un posible infradiagnóstico de la depresión en estas edades, de forma que una cantidad considerable de afectados podrían no ser diagnosticados, y por tanto podrían no recibir ningún tipo de ayuda profesional. Actualmente existe cierto consenso a nivel internacional sobre la necesidad de realizar cribado de depresión en la edad adolescente en atención primaria y así se recomienda en la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, del programa de guías en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la dificultad de la implementación de esta recomendación radica en que es necesario articular dicho cribado para su puesta en marcha efectiva. El programa TIDY (*Therapeutic Identification of Depression in Young People*) fue diseñado en Reino Unido como un procedimiento de identificación terapéutica que combina el cribado de depresión en la adolescencia con una breve intervención psicológica en atención primaria. El TIDY, asociado a formación a médicos y enfermeros de atención primaria, ha demostrado su viabilidad y aceptabilidad en Reino Unido. En España existe experiencia de un pequeño estudio piloto en Galicia, e interés clínico en explorar mecanismos que favorezcan la detección temprana de la depresión en el ámbito de atención primaria.

Objetivos: el objetivo general de este informe es evaluar la viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY en el Sistema Nacional de Salud. Los objetivos específicos son: 1) revisar la evidencia científica sobre efectividad, seguridad y viabilidad del programa TIDY, o programas alternativos de identificación terapéutica de la depresión en atención primaria; 2) conocer las principales barreras/facilitadores para la implementación del programa desde el punto de vista de los principales agentes implicados, 3) explorar la viabilidad de la implementación del programa en el SNS desde el punto de vista organizativo y 4) analizar las implicaciones ético-legales, sociales y relacionadas con la perspectiva de los pacientes de la implementación del programa.

Métodos: se empleó una estrategia metodológica mixta en la que se combinó una revisión sistemática de la literatura y un estudio cualitativo. En cuanto a la revisión sistemática, en octubre de 2017 se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: CRD Databases, Cochrane

Library (Wiley), Medline (PubMed), Embase, ISI Web of Science, Scopus (Elsevier), PsycINFO (Ovid SP), ClinicalTrials.gov e ICTRP. Dos revisores independientes seleccionaron los artículos siguiendo unos criterios de inclusión/exclusión previamente establecidos y evaluaron el riesgo de sesgo de los estudios. Esta información se recogió en las tablas de evidencia y se realizó una síntesis narrativa de la información. Para conocer las perspectivas (barreras, facilitadores y percepción de viabilidad) de los principales agentes implicados se realizó un estudio cualitativo, en el que se combinaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales con investigadores, clínicos, gestores, adolescentes y sus familias. Se realizó un análisis temático de la información, para lo que se empleó como apoyo el *software* Atlas.ti.

Resultados: de 618 títulos/*abstracts* localizados en la búsqueda bibliográfica, se seleccionaron 11 para su lectura a texto completo. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión finalmente se incluyeron únicamente 2 estudios: un estudio de viabilidad del programa y un estudio cualitativo para explorar la utilidad y usabilidad percibidas. Estos estudios encontraron que el programa mejoró los conocimientos de los profesionales de AP y la proporción de adolescentes cribados e identificados. Sin embargo, cabe tener en cuenta las limitaciones en el diseño del estudio de viabilidad (diseño pre-post) y que la tasa de participación de los profesionales fue baja, lo que limita la generabilidad de los resultados. En cuanto al estudio en el área de Santiago de Compostela, sus resultados todavía no han sido publicados. Su análisis preliminar indica una mejora en el conocimiento de los profesionales y de la proporción de adolescentes cribados, aunque no en la de adolescentes identificados. Su tamaño muestral es menor a la del estudio en Reino Unido, y la tasa de abandono de los participantes fue importante. Por todo ello la evidencia a día de hoy es muy limitada.

Teniendo en cuenta los principales hallazgos de las entrevistas en profundidad y los grupos focales, se identificaron 6 temas principales: 1) importancia del componente emocional en la salud infanto-juvenil; 2) el TIDY como necesidad y oportunidad en AP; 3) fortalezas del TIDY: poner el foco en la depresión, seguridad y confianza; 4) puntos débiles para su puesta en marcha: aspectos organizativos y evidencia científica; 5) posibles opciones a explorar para la implementación; y 6) acciones y estrategias.

Discusión: para dar respuesta a los objetivos del informe, se realizó una revisión sistemática de la literatura y un estudio cualitativo. Teniendo en cuenta que tanto la revisión realizada como parte de la GPC sobre el manejo de la depresión en la infancia y la adolescencia, como otras revisiones sistemáticas recientes no localizaron ningún estudio (ensayo

clínico aleatorizado, estudios pre-post u otros estudios no aleatorizados) que evaluase los beneficios y riesgos del cribado de depresión en la adolescencia, la presente revisión sistemática se centró en localizar y evaluar la evidencia de efectividad y viabilidad del programa TIDY u otros programas similares que abordasen los componentes de formación a profesionales de AP, cribado, intervención en AP y criterios de derivación, independientemente de sus objetivos y diseño metodológico. Se excluyeron estudios realizados en el ámbito educativo y aquellos que contemplaban la inclusión de asesores externos al equipo de AP. Con estos criterios de selección solo se incluyeron 2 estudios. En cuanto al pilotaje del programa a nivel nacional, se trata de un estudio con un tamaño muestral insuficiente y también diseñado como un estudio de viabilidad. Todo ello limita el establecimiento de conclusiones.

El estudio cualitativo se diseñó para explorar la percepción de viabilidad del programa TIDY a nivel nacional e incluyó la perspectiva de los investigadores implicados en el diseño y pilotaje del programa (a nivel internacional y nacional), gestores, profesionales de AP y pacientes y familiares. Este estudio ha permitido evaluar la percepción de viabilidad y aplicabilidad del proyecto en un contexto diferente en el que fue creado el programa y aporta información interesante de cara al desarrollo de investigación y acciones futuras. Los temas que emergieron en el análisis temático en general son muy similares a los encontrados en los estudios del TIDY en Reino Unido.

Conclusiones: el cribado de depresión en la adolescencia en AP se ha propuesto como una posible solución para mejorar su detección precoz, su manejo clínico y prevenir sus complicaciones. Sin embargo, existe incertidumbre derivada de la ausencia de estudios que hayan evaluado su efectividad y hayan determinado cuál es la forma óptima de articular los programas de cribado en los sistemas sanitarios.

Los programas de identificación terapéutica, como el programa TIDY, que combina la formación a los profesionales, la identificación de morbilidad psicológica, una intervención breve basada en las terapias cognitivo-conductual e interpersonal, y criterios de derivación, podrían ser una alternativa para su empleo en las consultas de AP. Sin embargo, solo se han localizado en la revisión sistemática 2 estudios, un estudio de viabilidad y un estudio cualitativo realizados en Reino Unido para determinar su usabilidad y aceptabilidad por parte de los profesionales. También se han considerado resultados preliminares (aún no publicados) de un pequeño estudio en el área de Santiago de Compostela. Aunque globalmente la evidencia parece

prometedora y podría sugerir la viabilidad y factibilidad del programa, no existen datos comparados de eficacia y seguridad clínica.

Los principales hallazgos del estudio cualitativo realizado como parte de este informe, que ha intentado recoger las perspectivas de los investigadores del programa, gestores, profesionales y pacientes y sus familias, ponen de manifiesto la necesidad de adaptar/desarrollar y evaluar herramientas de identificación terapéutica de la depresión para el ámbito de AP, teniendo en cuenta la complejidad e importancia del problema.

Es necesario obtener evidencia adicional sobre seguridad, efectividad clínica y coste-efectividad del programa TIDY o programas de identificación terapéutica alternativos. Para ello, la puesta en marcha de estudios controlados y aleatorizados, que permitan obtener información sobre la precisión diagnóstica, y los beneficios y riesgos asociados al programa, teniendo en cuenta la evaluación de todos sus componentes, es imprescindible. Debido a la complejidad de poner en marcha este tipo de estudios, podría ser necesario realizar estudios clínicos de prueba de concepto (*proof-of-concept*) que pudiesen favorecer el desarrollo de estudios más robustos.

Abstract

Introduction: Depression is an important health problem in adolescence, and is associated with a significant functional deficit, reduced quality of life, and suicidal behaviour. Despite this, several studies have suggested a possible under-diagnosis of depression at these ages, whereby a considerable number of sufferers may not be diagnosed, and not receive any kind of professional help as a result. At present there is a certain degree of consensus at international level about the need to carry out depression screening with adolescents in primary healthcare, as recommended in the updated version of the Clinical Practice Guideline on major depression in childhood and adolescence, from the guideline programme of the National Health Service. However, the difficulty of implementing this recommendation lies in the fact that it is necessary to coordinate this screening process in order to implement it in an effective way. The TIDY programme (*Therapeutic Identification of Depression in Young People*) was designed in the UK as a therapeutic identification procedure that combines screening for depression in adolescence with a short psychological intervention in primary care. The TIDY, associated with the training of primary healthcare doctors and nurses, has proven to be both viable and accepted in the UK. In Spain, a small pilot study has been carried out in Galicia, and there is clinical interest in exploring mechanisms that contribute to the early detection of depression in the field of primary healthcare.

Aims: The general aim of this report is to evaluate the feasibility and applicability of the TIDY Programme in the National Health System. The specific objectives are: 1) to review the scientific evidence on the effectiveness, safety, and viability of the TIDY programme, or alternative programmes for the therapeutic identification of depression in primary care; 2) to identify the main barriers and facilitators for implementing the programme from the perspective of the main stakeholders involved, 3) to explore the viability of implementing the programme in the national health system from an organisational perspective, and 4) to analyse the ethical-legal and social implications, as well as those associated with the perspective of patients on the implementation of the programme.

Methods: A mixed methodological strategy was used, combining a systematic review of the literature and a qualitative study. In the case of the systematic review, a bibliographic search was carried out in October 2017 of the following databases: CRD Databases, Cochrane Library (Wiley), Medline (PubMed), Embase, ISI Web of Science, Scopus (Elsevier), PsycINFO (Ovid

SP), ClinicalTrials.gov and ICTRP. Two independent reviewers selected the articles based on previously established inclusion/exclusion criteria, and evaluated the risk of bias in the studies. This information was compiled in evidence tables, and a narrative synthesis was carried out. In order to identify the perspectives (barriers, facilitators, and perception of viability) of the main stakeholders involved, a qualitative study was conducted, combining semi-structured interviews and focus groups with investigators, clinicians, managers, adolescents, and their families. A thematic analysis was made of the information, using the Atlas.ti software as a support for data analysis and management.

Results: From the 618 titles/abstracts that were located in the bibliographic search, a total of 11 were selected to be read in full text. Taking into account the inclusion/exclusion criteria, finally only 2 studies were included: one study on the feasibility of the TIDY programme, and a qualitative study to explore the perceived use and usability. These studies found that the programme improved the knowledge of primary care professionals and the proportion of adolescents who were screened and identified. However, it is important to take into account the limitations in the design of the feasibility study (pre-post design), and that only a small number of professionals took part, limiting the generalisability of the results. In the case of the study in the area of Santiago de Compostela, its results have still not been published. A preliminary analysis suggests an improvement in the knowledge of professionals and in the proportion of adolescents who were screened, but not in the number of adolescents identified. Its sample size is lower than the original study in the UK, and the dropout rate for the participants was significant. For all of these reasons, the evidence available today is still very limited.

Taking into account the main findings of the in-depth studies and focus groups, six main topics were identified: 1) the importance of the emotional component in infant-juvenile health; 2) the TIDY as a necessity and opportunity in primary healthcare; 3) the strengths of the TIDY: focusing on depression, safety, and trust; 4) weaknesses in terms of its implementation: organisational aspects, and scientific evidence; 5) possible options to explore for implementation; and 6) actions and strategies.

Discussion: In order to respond to the aims of the report, a systematic review of the literature was carried out, and a qualitative study. Taking into account the fact that both the review and part of the GPC on dealing with depression in infancy and adolescence, like other recent systematic reviews, did not locate any study (randomised clinical study, pre-post studies,

or other non-randomised studies) that evaluated the benefits and risks of screening for depression in adolescence, this systematic review was focused on locating and evaluating the effectiveness and viability of the TIDY programme or other similar programmes that dealt with the components of training primary care professionals, screening, intervention in primary care, and referral criteria, regardless of their objectives or methodological design. Studies carried out in the educational field and those that considered the inclusion of external consultants to the primary care team were excluded. Based on these criteria, only 2 studies were included. As regards the steering of the programme at national level, this is a study with an insufficient sample size, and which was also designed as a viability study. All of this limits the possibility of drawing conclusions.

The qualitative study was designed to explore the perception of the viability of the TIDY programme at national level, and included the perspective of the investigators involved in the design and steering of the programme (at national and international level), managers, primary care professionals, and patients and family members. This study made it possible to evaluate the perception of the viability and applicability of the project in a different context to the one in which the programme was created, and provides key information in terms of the development of future research and actions. The topics that emerged from the thematic analysis in general are very similar to those found in studies of the TIDY in the UK.

Conclusions: Screening for depression in adolescence in primary care has been proposed as a possible solution to improve its early detection and clinical management, and to prevent its complications. However, there is a degree of uncertainty resulting from a lack of studies that have evaluated its effectiveness, and which have identified the best way of coordinating screening programmes in healthcare systems.

Therapeutic identification programmes, such as the TIDY programme, which combines professional training, the identification of psychological morbidity, a short intervention based on cognitive-behavioural and interpersonal therapies, and referral criteria, could be an alternative for use in primary care consultations. However, only 2 studies were found in the systematic review: one feasibility study, and one qualitative study carried out in the UK to determine its usability and acceptability by professionals. Preliminary (as yet unpublished) results were also taken into account from a small study carried out in the area of Santiago de Compostela. Despite the fact that in general, the evidence seems promising and may suggest the

viability and feasibility of the programme, there are no comparative data on its clinical effectiveness and safety.

The main findings of the qualitative study carried out as a part of this report, which attempted to obtain the perspectives of the investigators of the programme, reveal the need to adapt/develop and evaluate tools for the therapeutic identification of depression for the field of primary care, taking into account the complexity and significance of the problem.

Further evidence has to be obtained on the safety, clinical effectiveness and cost-effectiveness of the TIDY programme, or alternative therapeutic identification programmes. To do so, the implementation of controlled, randomised studies, which make it possible to obtain information about the accuracy, risks, and benefits associated with the programme, taking into the evaluation of all of its components, is essential. Due to the complexity of implementing these types of studies, it may be necessary to carry out proof-of-concept clinical studies that could help towards the development of more robust studies.

Lista de abreviaturas

AP: Atención Primaria

CIE-10: 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ECA: ensayo clínico aleatorizado

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

GPC: guía de práctica clínica

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

TADS: *Treatment for Adolescents With Depression Study*

TCC: terapia cognitivo-conductual

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

TIDY: *Therapeutic Identification of Depression in Young People*

TIP: terapia interpersonal

Lista de tablas

Tabla 1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10. 26

Tabla 2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10.
Presentación sintomática según la edad. 26

Tabla 3 Factores de riesgo asociados a la depresión en niños y adolescentes . 28

Tabla 4 Recomendaciones de cribado de depresión en la infancia y la
adolescencia. 31

Tabla 5 Protocolo de diagnóstico e intervención del Programa TIDY 35

Tabla 6 Número y proporción de adolescentes cribados e identificados
antes y después de la formación en el estudio original y pilotaje en
Santiago de Compostela. 49

Justificación

La depresión mayor en la adolescencia es un trastorno relativamente frecuente (se estima que hasta un 4-5% de los adolescentes podrían sufrir depresión), asociado a un importante impacto personal, funcional y familiar, y al suicidio. Por ello su identificación temprana y el establecimiento de medidas terapéuticas eficaces son de gran relevancia.

Debido a que los profesionales de atención primaria (AP) suelen ser el primer punto de contacto entre los adolescentes y sus familias y el sistema sanitario, en las últimas décadas se ha discutido a nivel internacional la relevancia de articular métodos que permitan una identificación temprana, que unidas a la puesta en marcha intervenciones adaptadas al ámbito de AP, y seguimiento y criterios de derivación adecuados, permitan un manejo clínico más eficiente de la depresión en estas edades. Sin embargo, no existe consenso sobre cuál es la forma óptima de articular este tipo de procedimientos, y existen muy pocos estudios que hayan evaluado su puesta en marcha en condiciones reales.

La Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el manejo de la depresión mayor en la infancia y la adolescencia del programa de guías en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en la línea de otras recomendaciones de guías y expertos, sugiere la incorporación de procedimientos de cribado de depresión en la adolescencia en AP, teniendo en cuenta la importancia del problema de salud y que existen tanto herramientas sencillas de cribado, como tratamientos que han demostrado efectividad.

Una de las iniciativas a este respecto es el programa TIDY (*Therapeutic Identification of Depression in Young People*), que surgió en Reino Unido para dar respuesta a esta necesidad. La evaluación inicial del TIDY en un área sanitaria de Londres mostró la posibilidad de formar a médicos y enfermeras de atención primaria para implementar el programa, que fue bien aceptado tanto por los adolescentes como por los clínicos, y mejoró las tasas de identificación. Sin embargo, también se han identificado reticencias por parte de los profesionales, relacionadas con factores como su preocupación por la medicalización innecesaria de los problemas emocionales o la carga adicional que podría suponer para AP. En España existe una pequeña experiencia de implementación del TIDY en el área de Santiago de Compostela que surgió como iniciativa de profesionales implicados en el manejo de la depresión en la infancia y adolescencia.

Por todo ello es interesante evaluar tanto la evidencia científica publicada, como la viabilidad del programa en el Sistema Nacional de Salud. Este informe ha sido realizado a petición de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a propuesta del Servizo Galego de Saúde, siendo la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (avalia-t) la responsable de su elaboración.

1 Introducción

1.1 Descripción del problema de salud

1.1.1 Problema de salud diana

¿Cuál es la enfermedad o problema de salud objetivo del estudio?

La depresión mayor es un trastorno episódico y recurrente, caracterizado por tristeza o infelicidad persistente y generalizada, irritabilidad, pérdida de interés o disfrute de las actividades cotidianas, y síntomas asociados, tales como pensamientos negativos, falta de energía, dificultad para concentrarse, y alteraciones del apetito y el sueño (1).

La depresión puede empezar en la infancia y la adolescencia. Las manifestaciones pueden variar dependiendo de la edad, el género, y factores educacionales y culturales. Los diferentes subtipos de la depresión se identifican en base a la gravedad de los síntomas, el grado de generalización, el deterioro funcional, o la presencia/ausencia de episodios maníacos o fenómenos psicóticos (1).

La 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39) (CIE-10). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en (2):

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (**tabla 1**) (3):

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: • Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras • Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta • Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual • Empeoramiento matutino del humor depresivo • Presencia de enlentecimiento motor o agitación • Pérdida marcada del apetito • Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes • Notable disminución del interés sexual
Fuente: CIE-10.

En la **tabla 2** se exponen los criterios de gravedad para adultos de un episodio depresivo, según CIE-10, destacando los aspectos diferenciales en la presentación sintomática en niños y adolescentes (3).

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática según la edad

A. Criterios generales para episodio depresivo • El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. • El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
Adultos	Niños y adolescentes
• Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.	• El humor puede ser triste, depresivo o irritable. • Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. • El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. • La reactividad al ambiente puede ser mayor en niños y adolescentes que en los adultos. • En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
• Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	• La pérdida de interés puede ser en el juego, en el ocio en general o en las actividades escolares.
• Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	• La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	
• Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	• Similar a los adultos.
• Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	• Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
• Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	• Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
• Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	• Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.
• Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	• Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
• Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	• Similar a los adultos.
• Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	• Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
D. Puede haber o no síndrome somático	
• Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.	
• Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. • Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. • Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.	
Fuente: GPC sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (3)	

Es difícil estimar la prevalencia de la depresión mayor en la adolescencia, puesto que los estudios existentes se han realizado con metodologías muy diversas (población considerada, criterios diagnósticos empleados, evaluación realizada). La mayoría de estudios han encontrado prevalencias en torno al 1-2% antes de la adolescencia y 4-5% en la adolescencia. La prevalencia de depresión subclínica podría ser mayor (hasta el 10%), aunque en estos casos también se produce cierto impacto funcional y un riesgo aumentado de suicidio (1, 3).

¿Cuáles son los factores de riesgo de la enfermedad o problema de salud?

La depresión mayor en niños y adolescentes es un trastorno complejo con múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como ambientales, que interactúan entre sí y pueden tener efecto acumulativo (3). Algunos de ellos predisponen a su padecimiento, mientras que otros pueden actuar como factores desencadenantes y/o de mantenimiento del trastorno. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de una depresión, reducir la probabilidad de su ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenirla (3-5).

En la **tabla 3** se exponen los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de la depresión en niños y adolescentes (3).

Tabla 3. Factores de riesgo asociados a la depresión en niños y adolescentes

INDIVIDUALES	BIOLÓGICOS	Genéticos	Historia familiar de depresión o trastorno bipolar. La información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia.
		Sexo	Antes de la pubertad la frecuencia de trastornos depresivos es prácticamente igual en niños que en niñas; en la adolescencia son entre 2 y 3 veces más frecuentes en el sexo femenino.
		Edad	
		Problemas crónicos de salud	Incluyendo enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.
	PSICOLÓGICOS	Otros trastornos psíquicos	Particularmente trastornos de ansiedad, trastornos de conducta o TDAH. Disforia de género.
		Orientación sexual	Homosexualidad.
		Temperamento Afectividad negativa Otros estilos cognitivos	Tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas (por ej. baja autoestima) y conductuales. Conlleva una mayor reactividad a estímulos negativos. Estilo cognitivo rumiativo. Déficits de habilidades sociales.

AMBIENTALES	FAMILIARES	Acontecimientos vitales estresantes	Pérdidas u otros acontecimientos traumáticos.
		Trastorno psíquico en los padres	Especialmente depresión (incluyendo depresión/ ansiedad materna en embarazo y posparto). Trastorno por uso/abuso de alcohol u otras sustancias.
		Conflictos en las relaciones familiares	Separación/divorcio, conflictos conyugales. Conflictos en relaciones paterno-filiales.
		Estilos educativos negativos	Negligencia en cuidados, escasa afectividad o rechazo.
		Maltrato/Abuso	Físico, emocional o sexual.
	SOCIALES	Problemas escolares	Mala adaptación o fracaso académico.
		Dificultades en las relaciones con iguales	Conflictos interpersonales, ausencia de amistades
		Acoso (bullying)	Incluyendo el trato degradante, la humillación, burla o el rechazo/aislamiento.
		Otras circunstancias sociales adversas	Sin hogar, institucionalizados, en centros de acogida o de seguridad. Emigración. Refugiados.
	Fuente: GPC sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (3)		

¿Cuál es la historia natural de la enfermedad?

Se ha estimado que un episodio depresivo en muestras clínicas tiene una duración promedio de 7 a 9 meses, pero podría ser más breve en muestras comunitarias (1). De forma similar a lo que sucede en adultos, en la juventud la depresión mayor tiene una evolución recurrente. La recurrencia es alta, incluso tras la instauración de tratamiento (1). Por ejemplo, en el seguimiento a cinco años en el Estudio del Tratamiento de la Depresión en Adolescentes (*Treatment for Adolescents With Depression Study*, TADS), se observó que incluso cuando la inmensa mayoría de los participantes (96%) se recuperaron del episodio inicial, después de cinco años, casi la mitad de ellos (46%) tuvieron una recaída (6, 7). Además, la probabilidad de episodios posteriores en la vida adulta es de un 60% (8).

Por todo ello, la depresión debería conceptualizarse en un número importante de casos como una enfermedad crónica con remisiones y recurrencias. Ello tiene implicaciones importantes para su manejo clínico, que debe tener como objetivo no solamente reducir la duración del episodio depresivo actual y disminuir sus consecuencias, sino también prevenir la recurrencia (1). Entre los factores que podrían predecir la recurrencia se incluyen: peor respuesta al tratamiento, mayor gravedad, cronicidad,

presencia de episodios previos, comorbilidad, desesperanza, estilo cognitivo negativo, presencia de problemas familiares, nivel socioeconómico bajo, y exposición a conflictos o violencia intrafamiliar (6).

¿Cuáles son los síntomas y carga de la enfermedad para el paciente?

Los síntomas depresivos pueden aparecer a cualquier edad; sin embargo, el patrón varía ligeramente de acuerdo a la etapa del desarrollo, lo que resulta en diferencias en la forma en que la depresión se manifiesta a lo largo de la vida. Por ejemplo, en los niños puede ser más frecuente la irritabilidad (rabieta, incumplimiento de normas), el afecto reactivo (capacidad de animarse momentáneamente en respuesta a eventos positivos, por ejemplo, visitas de pares), las quejas somáticas y frecuentemente ser comórbida con ansiedad, problemas de conducta y TDAH; mientras que en adolescentes se puede presentar con irritabilidad (hostilidad, frustración, ira), afecto reactivo, hipersomnia, aumento del apetito y ganancia de peso, quejas somáticas y sensibilidad extrema al rechazo (por ejemplo, tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) (1, 3).

Es difícil estimar la carga específica de la depresión en la adolescencia. Sin embargo, asumiendo que el trastorno puede prolongarse hasta la vida adulta, y su importante impacto personal y familiar, la carga de la enfermedad para los pacientes es considerable. Además, un inicio temprano del trastorno se asocia a múltiples indicadores de una mayor carga de enfermedad en la edad adulta en una amplia gama de dominios, tales como la disminución del funcionamiento social y laboral, menor calidad de vida, mayor comorbilidad física y mental, mayor frecuencia de episodios depresivos e intentos de suicidio durante la vida, y mayor gravedad de los síntomas (1, 9).

¿Cuáles son las consecuencias /carga de la enfermedad para la sociedad?

La depresión es un importante problema de salud pública. Es la primera causa de discapacidad a nivel mundial y tiene un impacto mayor en la salud que otras enfermedades crónicas (10, 11).

Los trastornos depresivos se asocian al abuso de alcohol y drogas, conductas sexuales de riesgo, aumento de la agresividad y de la violencia, conductas delictivas, inactividad física, alteraciones del sueño y un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y trastorno bipolar, por lo que la depresión en la adolescencia, además del coste personal, puede conllevar un grave coste social (1, 3, 12, 13).

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes y según las estimaciones de la OMS, en 2012 el suicidio fue la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15-29 años (14). En España en los últimos años el suicidio es también la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15-19 años, al mismo nivel que los accidentes de tráfico, y sólo por debajo del cáncer de cualquier tipo (15).

1.1.2 Manejo actual del problema de salud

Actualmente, ¿cuál es el manejo diagnóstico y terapéutico del problema de salud?

A pesar de la ausencia de evidencia sobre el cribado de depresión en la adolescencia, la mayoría de GPC a nivel internacional (por ejemplo, la del NICE, canadiense) y la GPC para el manejo de la depresión mayor en el SNS, sugieren la formación a los profesionales de AP en la identificación y la incorporación de procedimientos para mejorar la detección en atención primaria (3, 5, 16-19). También existe consenso entre las principales sociedades científicas y recomendaciones de grupos de expertos (20-24). Los principales argumentos son la existencia de herramientas de cribado para este grupo de edad y de tratamientos eficaces, que hacen que el balance riesgo/beneficio pueda considerarse favorable a la incorporación de procedimientos de cribado (3).

En la **tabla 4** se presentan las principales recomendaciones de cribado realizadas por las principales GPC y expertos a nivel internacional.

Tabla 4: Recomendaciones de cribado de depresión en la infancia y la adolescencia

Organización	Recomendación
Europa	
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2018) (5)	Los profesionales sanitarios de Atención Primaria deben estar familiarizados con la detección de los trastornos del estado de ánimo y debería existir un acceso regular a una consulta y supervisión especializadas.
Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018) (3)	Sugiere la incorporación de procedimientos de cribado que permitan una mejor identificación de un trastorno depresivo mayor en los adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria de salud. Su realización debería integrarse dentro del propio proceso asistencial, asegurando el acceso a un tratamiento temprano y a un adecuado seguimiento
EEUU	

American Medical Association (AMA), Guidelines for Adolescent Preventive Services (1994) (20)	Recomienda que los médicos de atención primaria empleen una estrategia sistemática de cribado, diseñado para identificar a adolescentes de riesgo de depresión o suicidio.
Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC) (2018) (19)	Recomienda que los médicos de atención primaria identifiquen (vía instrumentos de cribado y entrevistas clínicas de seguimiento) y coordinen el cuidado de los adolescentes con depresión.
Academia Americana de Pediatría (2014) (21)	Recomienda un cribado anual de riesgo de depresión en preadolescentes y adolescentes entre 11 y 21 años.
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007) (25)	Recomienda el cribado de depresión como parte de la evaluación psiquiátrica.
American Academy of Family Physicians (2009) (23)	Recomienda el cribado de adolescentes (12-18 años de edad) para depresión mayor cuando existen sistemas accesibles de garantizar el diagnóstico, tratamiento (psicoterapia) y seguimiento.
US Preventive Services Task Force (2015) (26, 27)	Recomienda el cribado de adolescentes (12 a 18 años) para el trastorno depresivo mayor en Atención Primaria siempre y cuando se asegure la existencia de infraestructuras que garanticen un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
Canadá	
Canadian Task Force on Preventive Health Care (2004) (28)	Insuficiente evidencia para recomendar a favor o en contra sobre el cribado de depresión a niños y adolescentes en atención primaria.
Guidelines and Protocols Advisory Committee on behalf of the Medical Services Commission (British Columbia Medical Association) (2010) (24)	Recomienda el cribado periódico de signos de depresión y ansiedad en niños y adolescente.
CANMAT guidelines (2016) (16)	Recomiendan el uso de herramientas de detección de depresión estandarizadas para evaluar a niños y jóvenes, debido a la existencia de herramientas para este grupo de edad.
Fuente: Adaptado de GPC sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (3).	

El diagnóstico se realiza siguiendo criterios como los de la CIE-10 o el DSM-5. Aunque también pueden emplearse cuestionarios como apoyo, las GPC recomiendan que el diagnóstico se base en la entrevista clínica, y normalmente se recomienda recabar información de varias fuentes (por ejemplo: padres, profesores, además del propio afectado) (1, 3, 5, 16-18).

En cuanto a las alternativas terapéuticas, la elección del tratamiento depende de la gravedad del cuadro, la edad (infancia versus adolescencia), la presencia de factores de riesgo o comorbilidades, la adecuación a las distintas opciones terapéuticas y las preferencias de los pacientes. En la depresión leve se recomienda inicialmente tratamiento psicológico, y en la depresión

moderada y grave se recomiendan tratamiento psicológico, farmacológico o tratamiento combinado (psicoterapia y fármacos) en función de los criterios previamente mencionados (1, 3, 5, 16-18).

Las terapias psicológicas que cuentan con más evidencia de efectividad son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP). En cuanto a los fármacos, los que cuentan con más evidencia son la fluoxetina, sertralina y escitalopram, aunque el único antidepresivo con indicación de las agencias reguladoras para 8 o más años es la fluoxetina (1, 3, 5, 16-18).

¿Cuál es la población diana?

El programa TIDY se ha desarrollado para su aplicación en adolescentes de 13 a 17 años que acuden a AP (29, 30).

En el primer trabajo de implementación del programa TIDY en España, concretamente en el área sanitaria de Santiago de Compostela, se ha establecido como objetivo la inclusión de adolescentes de 13 a 16 años, esta última, por ser la edad a la que llega la atención en las unidades de salud mental infanto-juvenil en esta región.

¿Cuántos pacientes constituyen la población diana?

La población diana serían todos los adolescentes entre 13 y 16 años que acuden a las consultas de Atención Primaria.

Para una población entre 13-16 años, ambos incluidos, residente en España de 1.830.265 jóvenes (Estadística Padrón Continuo Población, INE) (31), una prevalencia estimada de 4% (3) supone aproximadamente 75.000 adolescentes que podrían padecer depresión.

1.2 Descripción y características técnicas de la tecnología a estudio

1.2.1 Características de la tecnología

¿En qué consiste la tecnología y sus comparadores?

El TIDY es un programa de identificación terapéutica diseñado para apoyar a los profesionales de atención primaria en la identificación de trastornos depresivos entre adolescentes, guiarlos en una breve intervención psicológica y proporcionar criterios de derivación a atención especializada (29, 30).

Teniendo en cuenta que la implementación de intervenciones psicológicas en AP es compleja, los creadores del programa consideraron que una intervención oportunista, integrada en la consulta de atención primaria de rutina, podría ser de mayor beneficio inmediato tanto para los profesionales como para los jóvenes. Este enfoque, en el que la identificación de la depresión se combina con una respuesta terapéutica, ofrece a los profesionales la oportunidad de ofrecer una sola dosis de terapia psicológica a jóvenes que quizá no vuelvan a recibir asesoramiento (29, 30).

El programa incluye los siguientes componentes: 1) formación a los profesionales; 2) cribado, 3) evaluación, 4) intervención, 5) seguimiento y/o derivación a especializada; y se basa en siete principios que los profesionales de AP deben adoptar en la consulta con los adolescentes (29, 30):

1. Tener en cuenta los factores estresantes conocidos en la vida del adolescente (por ejemplo, enfermedad grave en la familia, exámenes, ruptura de relaciones, entre otros).
2. Considerar ver al adolescente solo, si un adulto, hermano o amigo los ha acompañado, teniendo en cuenta que es probable que a muchos adolescentes les resulte más fácil discutir sus sentimientos si la consulta es confidencial.
3. Cambiar el enfoque de la consulta de salud física a salud mental/ bienestar haciendo una pregunta de transición.
4. Usar una pregunta de evaluación de la salud mental general para facilitar la discusión de problemas psicológicos.
5. Centrarse en los síntomas centrales de la depresión (según criterios diagnósticos).
6. Diagnosticar depresión si está presente y discriminar casos más graves que requieren una derivación especializada.
7. Si se identifica la depresión y no se requiere una derivación inmediata, se puede ofrecer una breve intervención psicológica.

El protocolo completo de diagnóstico e intervención del programa TIDY, adaptado por los autores del primer trabajo de implementación del programa TIDY en España con permiso de los investigadores originales, se muestra en la **tabla 5**.

Tabla 5. Protocolo de diagnóstico e intervención del Programa TIDY

• El CRIBADO de depresión se realizará a todos los adolescentes de 13-16 años que acudan a la consulta (es raro que consulten directamente por síntomas emocionales).
Si el cribado es negativo, finaliza el proceso; si el cribado es positivo se pasa a la fase de profundizar en el DIAGNOSTICO . Si el diagnóstico es negativo, finaliza el proceso; si el diagnóstico es positivo se procede a las pautas de TRATAMIENTO , incluyendo su derivación si se considera necesario.
• Si conoce a los adolescentes o sus familias considere si sabe de algún estresante particular que pudiera influir en su estado de ánimo; considere también si sería oportuno hablar con el adolescente a solas..
A) Atención habitual a la consulta que se presente + CRIBADO de depresión
1- Haga la <u>pregunta de transición</u> (para cambiar el foco de la consulta de los síntomas físicos a los psicológicos)
<i>Aparte de tu (por ejemplo, cefalea, acné...)... ¿qué tal has estado? A veces (el síntoma físico) ... puede empeorar si estás preocupado o estresado. ¿Hay algo en particular que te afecte esta temporada?</i>
2- Haga alguna/s <u>preguntas de cribado psiquiátrico general</u> (facilita la discusión de aspectos psicológicos)
<i>¿Tienes otras dificultades o preocupaciones en este momento? ¿Hay algo más que te esté molestando? ¿Tú cómo te ves más, feliz o triste?</i>
3- Cribado para la depresión (para evaluar sus síntomas principales, estado de ánimo e irritabilidad)
1. ¿Te has sentido más <u>triste o desanimado</u> últimamente?... ¿Has tenido más ganas de llorar o has <u>llorado</u> más de lo normal?
• Sí: aclarar frecuencia y duración:
<i>¿Cuánto tiempo te dura? ¿Con qué frecuencia te sientes así? ¿Cuándo empezaste a sentirte así?</i>
Si los síntomas son frecuentes (> 3 horas 3 veces/semana) y persistentes (duran > 2 semanas): puntúe 1 y continúe con el diagnóstico de depresión (apartado B)
• No: pasar a pregunta 2
2. ¿Últimamente te has sentido más <u>enfadado</u> o <u>irritable</u> de lo habitual?
• Sí: aclarar frecuencia y duración:
<i>¿Cuánto tiempo te dura? ¿Con qué frecuencia te sientes así? ¿Cuándo empezaste a sentirte así?</i>
Si los síntomas son frecuentes (> 3 horas 3 veces a la semana) y persistentes (duran > 2 semanas): puntúe 1 y continúe con el diagnóstico de depresión (apartado B)
• No: finaliza el proceso de cribado. Complete la lista de verificación

B - DIAGNOSTICAR la depresión
• Evaluar los síntomas asociados y su impacto: <i>Te voy a preguntar sobre otros cambios que podrías haber notado mientras te has estado sintiendo triste/desanimado/...</i>
1. ¿Cambio en el peso o en el apetito? 2. ¿Cansado o con falta de energía? 3. ¿Cambio en el patrón de sueño? 4. ¿Inquieto o enlentecido? 5. ¿Dificultad para concentrarte o prestar atención a lo que haces? 6. ¿Has perdido el interés en cosas que te gustaban o no las disfrutas como antes? 7. ¿Te sientes culpable de cosas? 8. (siempre) ¿Has llegado a sentirte desesperado..., has llegado a desear estar muerto, o a pensar en hacerte daño o en suicidarte?
• Si 1 o menos son positivas finalice aquí, y complete la lista de verificación. • Si 2 o más son positivas continuar preguntando sobre el impacto de los síntomas.
Aclarar impacto: 1. Los síntomas interfieren en tu rendimiento escolar. 2. Los síntomas afectan a tus relaciones con la familia. 3. Los síntomas afectan a la relación con tus amigos.
La puntuación mínima para confirmar el diagnóstico es: bajo estado de ánimo y/o irritabilidad presentes, 2 síntomas asociados y 1 nivel de impacto. Si es positivo proceder al tratamiento.
C- TRATAMIENTO
1. <u>Dar retroalimentación</u>
• Nombrarlo (como depresión) • Describirlo (en términos de relacionar estado de ánimo, síntomas físicos, comportamiento, incluir los síntomas que ha contado..) • Relacionarlo con estresores (a situaciones y circunstancias conocidas) • Dar información sobre la depresión (<i>es frecuente, le pasa a mucha gente joven, se pasa mal y puede afectar a tu vida de muchas formas..., suele acabar pasando, aunque a veces tarda meses, pero se pueden hacer muchas cosas para ayudar, hay varios tratamientos eficaces</i>), • <i>Dar un folleto (reforzando la información verbal)</i>
2. <u>Estrategias de afrontamiento</u>
• Movilizar ayuda/identificar un confidente (<i>para ayudar a sentirte mejor vamos a elegir a alguien a quien puedas contar cómo te has estado sintiendo</i>) • Programación de actividades con autorrefuerzo (animar a planificar hacer cosas con las que pueda disfrutar, felicitarse a sí mismo cuando lo consiga) • Dar refuerzo positivo (<i>a pesar de sentirte tan mal has sido capaz de venir y contarlo, es un paso difícil y valiente y lo has hecho muy bien, felicidades</i>)
3. Recordatorio: <i>Recuerda, la depresión suele acabar pasando!</i>
4. Invítale a volver: <i>pero si tarda o si quieres hablar más, por favor vuelve a verme, hay otras opciones que podríamos probar...</i> Finalmente rellene la lista de verificación.
Fuente: adaptado de Kramer et al. (2012) (30)

Los profesionales de atención primaria reciben una formación sobre el cribado sistemático semiestructurado, algoritmo clínico e intervención psicológica. La intervención psicológica está basada en la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal e incluye psicoeducación

y estrategias de afrontamiento. En cuanto a los criterios de derivación, aquellos adolescentes con depresión grave o con factores de riesgo (por ejemplo, de conducta suicida) serían derivados atención especializada. La formación a los profesionales de AP se pilotó en un estudio previamente, en el que se demostró que la formación era viable y que mejoraba las tasas de identificación, aunque el uso de la intervención fue variable (32). Existe un manual de formación para los profesionales que los investigadores del primer trabajo de implementación del programa TIDY en España han traducido y adaptado al español con el permiso de sus autores.

En cuanto al comparador del programa TIDY, en nuestro contexto la práctica habitual es la detección de problemas emocionales dentro de los servicios de atención a la infancia y los programas de detección precoz de problemas de salud, aunque estos servicios se implementan a nivel de las Comunidades Autónomas donde se establecen sus características generales (por ejemplo, aplicación, rango de edad o frecuencia).

¿Cuál es la fase de desarrollo de la tecnología?

El programa de identificación terapéutica se desarrolló a través de una estrecha colaboración entre psiquiatras infantiles y médicos de familia durante un período de 10 años (1998-2008) en Reino Unido. El equipo multidisciplinar implicado en el desarrollo del programa sintetizó el conocimiento existente y la evidencia científica de enfoques terapéuticos efectivos para producir un programa prototipo (30). El prototipo fue inicialmente evaluado con expertos para establecer su validez interna, y posteriormente fue pilotado y refinado en un centro de AP altamente motivado (30, 32).

El diseño del prototipo del programa se basó en los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV y en la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. En cuanto al paquete de formación, se desarrolló con un enfoque flexible, y basado en las necesidades y preocupaciones de los profesionales (30).

Posteriormente en los años 2008 y 2009 se evaluó la viabilidad, utilidad y aceptabilidad del programa, en 4 centros de atención primaria, con financiación del West London Research Network.

¿Cuáles son los beneficios y riesgos declarados por los investigadores?

El TIDY plantea un proceso doble de cribado y de manejo clínico. El programa fue desarrollado teniendo en cuenta que AP tiene un papel clave en la identificación y gestión de casos de depresión en la adolescencia, y

que muchos adolescentes no hablan espontáneamente de su depresión en atención primaria. Podría favorecer la implementación de las recomendaciones de práctica clínica sobre cribado, en concreto las recomendaciones de cribado de la GPC del NICE, en línea con otras GPC (5, 33).

El programa TIDY ofrece la oportunidad de introducir en atención primaria un “saber-hacer” con respecto a la salud mental adolescente. Aporta formación y estrategias diagnósticas y terapéuticas específicas a los profesionales y criterios de derivación. Se ha desarrollado desde una perspectiva psicosocial y pretende realizar una detección temprana y dotar al adolescente de estrategias e información que puedan ser fácilmente aplicadas. Con esta estrategia podría darse repuesta a los casos de depresión leve en AP, teniendo en cuenta que en las consultas de atención primaria existe la oportunidad de abordar los problemas emocionales a los adolescentes (30). Desde el punto de vista de los investigadores el programa podría ser útil también en los casos de depresión subclínica, y también en algunos casos de depresión moderada en colaboración con atención especializada.

En este sentido el programa trata de focalizarse en las posibles barreras que pueden existir tanto para los profesionales (debido a las preocupaciones relacionadas con la medicalización del malestar emocional o el estigma) como para los adolescentes (relacionados con las dificultades de comunicación sobre temas emocionales).

1.2.2 Utilización

¿Cuál es nivel de utilización de la tecnología?

El programa TIDY se ha utilizado en Reino Unido en el marco del proyecto de investigación como se ha descrito previamente.

En España se ha puesto en marcha un estudio piloto en el área sanitaria de Santiago de Compostela, pero aún no se dispone de datos publicados.

1.2.3 Requerimientos de la técnica

¿Quién administra y en qué contexto y nivel de la práctica clínica se utiliza la nueva tecnología?

El programa TIDY se ha diseñado para aplicarse en las consultas habituales por los profesionales de AP (médicos y enfermeras de AP).

La implementación del proyecto requeriría la puesta en marcha de la formación (en el estudio original dos sesiones) y aportar las herramientas necesarias para complementar la capacitación de los profesionales y favorecer la implementación (manual para la formación, plantillas, entre otros). También se recomienda la lectura a los adolescentes del material de información para pacientes sobre depresión elaborado por el *Royal College of Psychiatrists* (34).

El manual y las plantillas han sido adaptados para su uso en el contexto sanitario español por los investigadores del proyecto. En cuanto al material para pacientes, podría emplearse el elaborado en la GPC sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia.

¿Qué tipo de instalaciones especiales y suministros son necesarios para el uso de la tecnología?

No son necesarias instalaciones especiales, el material necesario (material para la formación de los profesionales, protocolo, manual, folletos, cuestionarios) se puede tener en formato digital (ordenador personal del profesional) y/o impreso en papel.

1.2.4 Financiación de la tecnología

¿Cuál es el nivel de cobertura de la tecnología?

Actualmente el programa TIDY solo se ha implementado en un pequeño estudio piloto a nivel nacional. Sin embargo, cabe tener en cuenta que la detección y manejo clínico de problemas emocionales en atención primaria está contemplada en la actualidad las Comunidades Autónomas dentro de los Programas de Atención a la Infancia y Adolescencia (35).

2 Alcance y objetivos

2.1 Objetivo general

El objetivo general de este informe es evaluar la viabilidad y aplicabilidad del programa TIDY en el contexto nacional (Sistema Nacional de Salud).

2.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos son:

- Revisar la evidencia científica sobre efectividad, seguridad y viabilidad del programa TIDY, o programas alternativos de identificación terapéutica de la depresión en AP.
- Conocer las principales barreras/facilitadores para la implementación del programa desde el punto de vista de los principales agentes implicados.
- Explorar la viabilidad de la implementación del programa en el SNS desde el punto de vista organizativo.
- Analizar las implicaciones ético-legales, sociales y relacionadas con la perspectiva de los pacientes y sus familias de la implementación del programa.

3 Método

Este informe se realizó siguiendo la metodología para la elaboración de informes rápidos de evaluación de la RedETS (36). Se empleó una estrategia metodológica mixta en la que se combinó una revisión sistemática de la literatura y un estudio cualitativo.

3.1 Metodología de elaboración de la revisión sistemática

Estrategia de búsqueda bibliográfica

En octubre de 2017 se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

- Bases de datos de revisiones sistemáticas: CRD Databases, Cochrane Library (Wiley)
- Bases de datos generales: Medline (PubMed), Embase, ISI Web of Science, Scopus (Elsevier)
- Bases de datos específicas: PsycINFO (Ovid SP)
- Bases de datos de ensayos en marcha: ClinicalTrials.gov, ICTRP

La estrategia detallada según base de datos se adjunta en anexo A.

Esta búsqueda se complementó con una búsqueda manual de las referencias bibliográficas de los estudios incluidos y otra búsqueda adicional en Internet para los aspectos éticos y legales.

Criterio de selección de estudios

Se seleccionaron todos los estudios publicados que evaluaron el programa TIDY, independientemente de su diseño. También se seleccionaron estudios sobre programas de identificación terapéutica en AP de la depresión en la adolescencia (12-18 años), que aborden los componentes de: 1) formación a profesionales, 2) cribado de depresión, 3) intervención en AP y 4) criterios de derivación a atención especializada en salud mental. Se consideraron estudios en inglés y español.

Se excluyeron estudios realizados con menores de 12 años, en otros ámbitos como el escolar, y aquellos basados en la incorporación de asesores externos al equipo de atención primaria.

Síntesis de la evidencia

Se realizó una síntesis narrativa de la evidencia.

Valoración de la evidencia

La calidad individual de los estudios incluidos se realizó según la escala de valoración de la evidencia para series de casos del Institute of Health Economics (IHE) (37) y la Herramienta CASPe para estudios cualitativos (38, 39).

3.2 Metodología del estudio cualitativo

Diseño

La estrategia cualitativa consistió en la utilización complementaria de entrevistas en profundidad (40) y grupos focales (41, 42).

Se realizaron un total de 8 entrevistas para conocer las opiniones y percepciones de diferentes perfiles de profesionales que directa o indirectamente guardan relación con el programa, bien por haber participado en su pilotaje en la comunidad gallega, o bien por su experiencia en la gestión de programas asistenciales del ámbito de la salud infanto-juvenil, la salud mental y la salud en general.

Se realizaron además 5 grupos focales, tres de ellos con profesionales, uno con pacientes (adolescentes) y otro con familiares (madres-padres).

Para optimizar el aprovechamiento de toda la información se realizaron antes las entrevistas en profundidad y posteriormente las sesiones de grupo.

Participantes

En las entrevistas participaron 8 profesionales sanitarios de diferente perfil: 3 investigadores, 1 experto en evaluación de programas asistenciales, 4 gestores (3 responsables de programas asistenciales y 1 de transferencia del conocimiento).

Por lo que se refiere a los grupos focales, los tres primeros se realizaron con médicos, pediatras y enfermeras que desempeñan su labor en centros de atención primaria del área sanitaria de Santiago de Compostela. Se distinguieron tres perfiles: (1) profesionales que participaron en la implementación del TIDY y completaron el protocolo; (2) profesionales que participaron en la implementación del TIDY, pero que no llegaron a completar el protocolo o alguna de sus fases; y (3) profesionales que no participaron por diferentes razones en la implementación del TIDY. Participaron en los grupos focales un total de 19 profesionales de atención primaria (10 médicos de familia, 7 pediatras y 2 enfermeras).

Se realizó también un grupo focal con 5 adolescentes que habían participado en el pilotaje del programa (4 mujeres y un varón), de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años, y otro grupo focal con sus madres/ padres.

La duración aproximada de cada sesión grupal osciló entre 1:30 h y 2 h. Las sesiones se realizaron en las dependencias de la Consellería de Sanidade en Santiago de Compostela.

Materiales y procedimiento

Para hacer posible la posterior transcripción y análisis de la información, tanto las entrevistas como las dinámicas grupales fueron grabadas en audio, con la debida aprobación de los asistentes, garantizando la confidencialidad de la información recogida. Durante las sesiones grupales, se utilizaron como apoyo al debate diferentes tareas y materiales (cartulinas, fichas...) con los que se pretendía alcanzar una mayor implicación en la temática objeto de estudio, un mayor dinamismo de las sesiones, al mismo tiempo que un mayor equilibrio en la participación de los asistentes.

Triangulación y análisis de datos

Se utilizó una doble estrategia de triangulación: de investigadores y de datos. En las sesiones grupales estuvieron presentes dos investigadores, que analizaron la información por separado, llevándose a cabo una integración final de los resultados. Como complemento al análisis temático, se utilizó la información procedente de diferentes tareas de lápiz y papel, tanto de naturaleza individual como grupal, que fue analizada tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, valorando la frecuencia y el orden de mención de cada elemento. Todo ello contribuyó a conferir validez concurrente a las

conclusiones generadas. Para la gestión y análisis de la información se utilizó como apoyo el software Atlas.ti.

Aspectos éticos

El estudio recibió la aprobación del Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEIG). Los participantes recibieron información sobre la finalidad y metodología del estudio. Una vez garantizada la confidencialidad y anonimidad de los datos recogidos, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

El equipo investigador fue el responsable de la custodia de las grabaciones y de los documentos de consentimiento informado.

4 Resultados

4.1 Resultados de la revisión sistemática

4.1.1 Resultados de la búsqueda y descripción de los estudios seleccionados

De 618 títulos/abstracts localizados en la búsqueda bibliográfica, se seleccionaron 11 para su lectura a texto completo. El diagrama de flujo de selección de estudios se muestra en el anexo B.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión finalmente se incluyeron 2 estudios: un estudio de viabilidad del programa (29) y estudio cualitativo para explorar la utilidad y usabilidad percibidas (43) (las tablas de evidencia y valoración de riesgo de sesgo se presentan en los anexos C y D).

Los artículos excluidos y los motivos para su exclusión se recogen en el anexo D.

Seguridad y efectividad clínica

4.1.2 Resultados de seguridad del paciente y efectividad clínica

¿Es segura la tecnología en relación al comparador?

No existen estudios que hayan sido diseñados para evaluar la seguridad del programa TIDY. No se ha informado de eventos adversos derivados de la aplicación del TIDY ni en estudio de viabilidad (29) ni en estudio cualitativo (43).

¿Cuál es el efecto beneficioso esperado de la tecnología?

No existen estudios que hayan evaluado directamente los beneficios clínicos para los pacientes del programa TIDY, por lo que no existe evidencia de su impacto clínico.

Los beneficios relacionados con el conocimiento y confianza de los profesionales y las tasas de cribado/identificación se describen en el apartado siguiente de “Viabilidad y aplicabilidad”.

Viabilidad y aplicabilidad

4.1.3 Resultados del programa TIDY en el manejo clínico

¿Cuál es el efecto del programa en el manejo clínico y su utilidad percibida?

El estudio de viabilidad en Reino Unido, con un diseño pre-post, evaluó los cambios en los conocimientos y actitudes de los profesionales y las tasas de cribado e identificación de depresión en las 16 semanas tras el entrenamiento en comparación con las de las 16 semanas antes. Las variables evaluadas fueron: 1) cambios en el conocimiento y actitudes (a través de un cuestionario); 2) proporción de adolescentes cribados e identificados (a través de la historia clínica electrónica) y 3) detalles de la consulta.

Participaron 4 centros de atención primaria de los 70 inicialmente contactados (5,7%); 25 médicos de atención primaria y 6 enfermeras (n=31 profesionales); 426 adolescentes antes de la implementación del programa (29% de los registrados) y 426 después (31%); 127 adolescentes de los que atendieron después aceptaron un seguimiento para el estudio (28%). Se encontró un incremento estadísticamente significativo en todas las variables relacionadas con el conocimiento y confianza de los profesionales medidas. Las tasas de cribado se incrementaron del 0,7% antes, al 20% después de la intervención; y las tasas de identificación del 0,5% antes al 2% después. Se encontró una asociación significativa entre el conocimiento por parte del profesional de trastornos mentales previos y estresores psicosociales y la tasa de identificación. En los participantes identificados tras la implementación, las estrategias más empleadas fueron el seguimiento y las estrategias de afrontamiento (29).

Los profesionales pusieron de manifiesto la aplicabilidad del programa, pero solo si los profesionales pueden emplearlo de forma selectiva y destacan las preocupaciones relacionadas con el tiempo en las consultas y la necesidad de evitar “medicalizar” el malestar psicológico en la adolescencia. La utilidad percibida del TIDY depende de la experiencia previa de los profesionales y sensibilización (43).

4.1.4 Estudios en marcha

No se han localizado ensayos en marcha en las bases de datos ClinicalTrials.gov, ICTRP. Según información de las investigadoras en Reino Unido se está planeando la puesta en marcha de un ECA que compare el programa TIDY con la atención habitual en AP.

4.1.5 Resultados preliminares del pilotaje del programa TIDY en el área de Santiago de Compostela

En cuanto al estudio de implementación del TIDY en el área de Santiago de Compostela, se presentan los resultados preliminares del estudio (de próxima publicación) facilitados por los autores.

El estudio se realizó con una metodología similar a la del estudio de viabilidad durante los años 2016-2017, con financiación de la AEPNyA (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Premio de investigación 2016). Se evaluaron los cambios en los conocimientos y actitudes de los profesionales y las tasas de cribado e identificación de depresión en los 80 días laborables tras el entrenamiento en comparación con las de los 80 días laborables antes.

En las 20 semanas antes de la formación, participaron 16 profesionales de AP, 8 pediatras (de un total de 11; 72,72%), y 8 médicos de familia (de un total de 58; 13,79%). En las 20 semanas después de la formación hubo una tasa de abandono del 56,25 %, un 50 % de pediatras y un 62,5 % de médicos de familia.

Se observó una mejoría en los conocimientos y actitudes de los profesionales hacia la depresión adolescente, siendo sólo estadísticamente significativa en una de las características que se incluye en el diagnóstico de depresión.

Sobre los resultados de tasas de cribado e identificación, en la **tabla 6** se muestran los resultados preliminares del estudio (de próxima publicación) facilitados por los autores, junto a los datos del estudio de viabilidad de Reino Unido.

Tabla 6. Número y proporción de adolescentes cribados e identificados antes y después de la formación en el estudio original y pilotaje en Santiago de Compostela

	Estudio Reino Unido	Pilotaje área de Santiago de Compostela
Cribado		
Atendidos antes del entrenamiento (n)	426	1209
Cribados (n [%])	3 (0,7%)	0 (0%)
Atendidos tras entrenamiento (n)	449	347
Cribados (n [%])	94 (20,9%)	347 (100%)

Identificación		
Atendidos antes del entrenamiento (n)	426	1209
Identificados	2 (0,5%)	41 (3,39%)
Atendidos después del entrenamiento (n)	449	347
Identificados (n [%])	10 (2,2%)	3 (0,86%)
Fuente: Kramer et al. (2013) (29), Varela-Reboiras et al. (resultados no publicados).		

Como puede observarse en la tabla, antes de la formación los profesionales no estaban realizando ningún tipo de cribado sistemático, que se consiguió tras la misma en un 100% de los casos. En cuanto al número de identificados antes del entrenamiento (n=41), podría considerarse elevado en comparación con el estudio original, aunque cabe tener en cuenta que según los autores dicha identificación podría cumplir más un papel de cribado que de diagnóstico en sí, y que no es mayor que el descrito en la literatura.

En términos de actitudes, ya antes de realizar la formación la mayoría de los profesionales tenían actitudes favorables hacia el tratamiento de la depresión adolescente en atención primaria y la disponibilidad del tiempo necesario para ello, pero la mayoría dudaban de ser capaces de reconocerla adecuadamente (81.25 %), y muy pocos se sentían confiados sobre cómo manejarla (únicamente el 12.5%). Tras la formación se observó una mejoría en la confianza auto-percibida en el reconocimiento de la depresión en estas edades, aunque poco en su manejo y en lo relativo a que puede ser tratada en AP, y todos aquellos que finalizaron el estudio consideraron útil el programa de identificación terapéutica.

La identificación se asoció significativamente con estar en seguimiento por depresión en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, tener antecedentes de problemas de salud mental y tener un estado de salud subjetivo regular o malo.

Actualmente los autores del estudio están trabajando en la publicación de sus resultados, en la que se detallará el procedimiento del estudio (por ejemplo, formación y apoyo que recibieron los clínicos, entre otros) y se analizarán y discutirán en detalle sus resultados, como por ejemplo el hallazgo a priori no esperado de menor identificación de casos de depresión después que antes de utilizar el TIDY.

4.2 Resultados del estudio cualitativo

Los resultados de las entrevistas en profundidad y grupos focales se presentan de forma conjunta, aunque en algunos casos se han señalado las diferencias o puntualizaciones necesarias según el perfil de los participantes.

En los verbatims que se han seleccionado para ilustrar los hallazgos se indica el perfil con los siguientes códigos: PILO1: responsables del estudio original y pilotaje del TIDY en Reino Unido; PILO2: responsables del pilotaje del TIDY en Galicia; GEST: personal de gestión; PAD: padres/madres; ADO: adolescentes; PROF1: profesionales que completaron el pilotaje del TIDY; PROF2: profesionales que no completaron el pilotaje del TIDY; PROF3: profesionales que no participaron en el pilotaje del TIDY.

Se identificaron 6 temas principales:

1) Importancia del componente emocional en la salud infanto-juvenil

Las opiniones manifestadas tanto por los diferentes profesionales, como por los propios adolescentes y sus familias, revelan la importancia que posee el componente emocional en la salud infanto-juvenil, en un período crítico en el desarrollo como es la adolescencia, y la necesidad de articular medidas para mejorar su detección. Problemas como la depresión infanto-juvenil parecen haber adquirido una dimensión importante en un contexto tan sensible como el actual, con elementos emergentes como el acoso escolar y el ciberacoso, el uso problemático de las nuevas tecnologías y las redes sociales, aumento de la conflictividad escolar y familiar, el consumo temprano de alcohol y sustancias, entre otros, que se unen a los habituales problemas propios de la adolescencia.

“Estás trabajando la salud emocional, con todo, la comorbilidad que tiene... con acoso, con el uso de las tecnologías, con el consumo de sustancias, estás haciendo prevención del suicidio...” (PROF3)

“No debemos olvidar que la parte emocional está en la base de muchos problemas y hoy en día mucho más” (PROF2)

“A día de hoy las cosas son más complicadas. La adolescencia siempre fue un período crítico, pero hay que sumarle muchos cambios sociales, inmigración, divorcios, violencia ... y sobre todo mucha soledad afectiva” (PROF2)

“Yo creo que es muy grave el tema del suicidio adolescente... Es un drama. Yo no estoy de acuerdo con que los adolescentes su primer problema sea la familia, lo son los grupos de iguales, el bullying, las redes sociales, el cutting...” (PROF1)

“Con una lesión física es más fácil aceptarlo y pedir ayuda. Una persona se da cuenta de que está mal psicológicamente y a lo mejor nunca llega a ir al médico” (PAD)

“Estamos en la adolescencia, los problemas psicológicos y esos temas empiezan ahora” (ADO)

2) El TIDY como necesidad y oportunidad en Atención Primaria

A pesar de la importancia de los trastornos emocionales en la adolescencia, no existe una demanda activa de atención socio-sanitaria para este tipo de problemática, fundamentalmente por tres razones: 1) la adolescencia en sí misma constituye un período vital de menor demanda de servicios de salud; 2) los trastornos del estado de ánimo tienden socialmente a minimizarse o a resolverse por otras vías; y 3) ni los adolescentes ni sus familias ven espontáneamente en el pediatra y/o en el médico de familia un interlocutor “relevante, accesible y útil” a ese nivel.

Los servicios de Atención Primaria (y en particular el área de pediatría) constituyen un contexto idóneo para la detección precoz e intervención breve en la depresión infanto-juvenil y otros problemas de salud relacionados, por lo que el TIDY debería ser considerado tanto una necesidad, como una oportunidad de mejora.

El TIDY supone un cambio en el modelo de identificación y abordaje de la depresión: conlleva un modelo proactivo de la atención, que permite identificar precozmente y responder de manera eficiente, frente un modelo reactivo, basado fundamentalmente en la derivación a atención especializada cuando el problema es grave o se ha cronificado.

“Un programa como el TIDY a priori es necesario. La relevancia del problema y las cifras lo justifican” (GEST)

“La salud del adolescente está sin estructurar, hay un pequeño vacío, porque el adolescente no va al médico” (GEST)

“El adolescente es el gran olvidado en el sistema de salud, no sólo en salud mental, sino en toda la Atención Primaria...si hablamos

de ansiedad o depresión nadie piensa en el adolescente. No está asegurado un buen control sanitario a nivel de salud mental, ni un buen seguimiento, ni una buena prevención... y es la etapa en la que se cuece buena parte de la patología para la vida adulta. La adolescencia a nivel de salud mental es clave” (GEST)

“... solo estamos viendo la punta del iceberg: una parte muy pequeña de todo lo que subyace. Los pediatras estamos poco formados en este tema, pero estamos en una buena postura para detectar lo que luego se van a encontrar los médicos. Creo que hay una elevada prevalencia de problemáticas psicológicas, muchas veces camuflada como somatización. Estamos en una buena posición para detectar sintomatología leve y es importante que lo hagamos antes de que lleguen a adultos” (PROF1)

3) Fortalezas del TIDY: poner el foco en la depresión, seguridad y confianza

El programa TIDY es bien acogido por los diferentes agentes implicados. Según los profesionales no parece conllevar dificultades técnicas importantes. El protocolo de aplicación del programa es sencillo, claro y conciso. Cualitativamente la experiencia de quienes han participado en su pilotaje ha sido positiva. El programa les ha proporcionado unas pautas de trabajo y conferido seguridad y confianza, además de formación y concienciación sobre la necesidad de actuar proactivamente en este tipo de problemas en la adolescencia. Desde el punto de vista de los adolescentes y sus familias, el TIDY podría ser de gran ayuda, puesto que podría favorecer que se aborden los problemas emocionales de forma abierta en las consultas y revisiones, al igual que se abordan los problemas físicos.

“El TIDY me parece una herramienta fantástica de cribado emocional. Pero en general nos cuesta mucho ver los beneficios” (PROF3)

“Te da armas, recursos y confianza” (PROF1)

“Es una buena herramienta. Sirve para diagnosticar en fases tempranas, y esa última parte, de vía directa con el psiquiatra, para consultar qué hacer, o si lo tiene que ver. A día de hoy, tú tienes un niño de esos y no sabes qué hacer” (PROF1)

“... es importante porque ayuda a un diagnóstico precoz de problemas que la gente no suele preguntar. Los niños por un problema físico te van enseguida, pero por problemas emocionales no lo suelen contar hasta ocho meses después cuando tienen un problema serio... puedes intervenir y que eso no vaya a más” (PROF1)

“Para mí lo mejor es la detección precoz, poder intervenir nosotros, estar atentos e impedir que llegue a una depresión mayor u otras problemáticas. Si detectas signos se lo pasas y puedes empezar a trabajar” (PROF1)

“Haciendo esto lo que consigues es un diagnóstico precoz de problemas que habitualmente se dejan pasar” (PROF1)

“El cribado en sí es sumamente rápido, si da negativo, te quedas tranquilo, si da positivo puede ser una alerta para fijar otra consulta o estar más pendiente cuando el paciente vuelva” (PROF1)

“En los tiempos en que estamos es necesario este tipo de preguntas. La sociedad es tan rápida, la información que tienen estos niños..., hay cosas que les afectan. Yo creo que tanto los padres como los niños lo recibirán bien. La iniciativa es magnífica y la sociedad lo necesita” (PAD)

4) Puntos débiles para su puesta en marcha: aspectos organizativos y evidencia científica

Cuando se intenta identificar los puntos débiles del TIDY y los requisitos fundamentales para el buen funcionamiento del programa, se alude a una gran variedad de factores: el tiempo, la formación y motivación de los profesionales, la necesidad de garantizar una continuidad asistencial para los casos detectados estableciendo vías o mecanismos de derivación rápida, la necesidad de vincular el programa con la propia historia clínica electrónica, el desarrollo de recursos tecnológicos de apoyo, la importancia de generar evidencia científica que avale su capacidad de cribado, al igual que su eficacia y efectividad terapéutica, entre otros.

No obstante tres de ellos son destacados por encima del resto: 1) el tiempo: suficiente para ejecutar debidamente las pautas del TIDY, en especial la fase de intervención breve en aquellos casos que lo requiera, por lo que es necesario organizar debidamente las agendas y distribuir bien las cargas de trabajo; 2) los profesionales: motivados y bien formados, lo cual requiere una inversión y un compromiso institucional, apoyo, tiempo y recursos y 3) el soporte científico, para lo cual es imprescindible poner en marcha nuevos estudios, con el diseño metodológico y el tamaño muestral oportunos, que permitan garantizar las propiedades del programa, así como evaluar sus beneficios y riesgos.

Otros temores de los profesionales (sobre todo de los gestores) son el riesgo de sobre-diagnóstico, medicalización del malestar en la adolescencia y estigmatización del paciente y el posible embotellamiento el sistema, que

no sería capaz de dar respuesta a la demanda de atención especializada resultante. Cabe señalar, no obstante, que este temor no es compartido por la mayoría de profesionales que han tenido la oportunidad de pilotar el programa.

“A día de hoy las condiciones tampoco son muy idóneas... se trabaja con muchas prisas, no tienes feedback, a veces es muy frustrante. No puedes hacer bien las cosas y no ves retorno” (PROF2)

“Hay que contar con el tiempo, la gente está muy agobiada. Aunque los profesionales seguramente lo acogieran bien, están muy saturados... hay muchos programas” (GEST)

“Y si detectas un caso de riesgo entonces tenemos que garantizar que exista una vía directa, una teleconsulta o e-consulta a especializada... sino no tiene sentido. Necesitamos tener un apoyo de especializada, una vía rápida. Yo creo que una e-consulta se quedaría corta” (PROF2)

“Habría que vincularlo también al IANUS. Se podría hacer una interfaz muy sencilla, para que quien haga las preguntas tenga todo sistematizado en la pantalla y ya le venga pautado el consejo breve... Con un nivel de estandarización que garantice que se haga siempre lo mismo y que se sabe que funciona. También puede haber material de apoyo de cara a las familias, los chavales, orientadores, con folletos, vídeos...” (PROF3)

“Para la detección no hay problema, pero creo que necesitaríamos más tiempo para esos niños detectados, pues el consejo breve no es tan breve. Creo que deberíamos implicarnos más, y disponer de un tiempo para esos niños” (PROF1)

“La carga asistencial es el gran problema. Lo puede hacer cualquiera, tanto el cribado como la intervención. El médico lo tiene que aceptar, si él no lo hace, tiene que aceptar que lo haga otra persona... lo pueden hacer en enfermería tan bien, o mejor que los médicos de AP” (PILO2)

“... siempre y cuando haya una estructura que garantice que todo adolescente cribado va a recibir una intervención, tiene un correcto diagnóstico y un correcto tratamiento. No estoy seguro de que las unidades de salud mental infanto-juvenil, que son muy pocas, vayan a dar con la cantidad de cribados. Tiene que haber más unidades de salud mental, no solo por la depresión” (PILO2)

“No tenemos realmente una buena evaluación. Nos tenemos que fiar de lo que los propios médicos nos digan. Aunque nos informan

de que les ayuda a filtrar y a diagnosticar mejor y se sienten más seguros, realmente no disponemos de datos de sensibilidad o especificidad, no hay evidencia científica. Habría que detectar a quien criban los médicos de familia y luego hacer pasar al paciente por un profesional de salud mental y hacerle las pruebas pertinentes, con una entrevista clínica y así se vería si tiene depresión...” (PILO2)

“No conozco ningún criterio de sensibilidad o especificidad del TIDY, no sé si lo hay, si hay datos al respecto. Habría que hacer un estudio que aporte evidencia en esa línea” (PILO2)

“... y es importante cuidar las cuestiones éticas, ya no solo con la protección de datos, que eso ya es obvio, sino con el tema de la estigmatización... es importante cuidar el lenguaje y todas esas cosas, incluso cuando hablamos con el propio adolescente y con sus padres” (PROF3)

5) Posibles opciones a explorar para la implementación

Se plantean dos opciones, que pueden contemplarse tanto como excluyentes, como alternativas complementarias. Una primera posibilidad es utilizar el TIDY como herramienta de *mass screening* e implementarlo en el marco de un programa generalista, como puede ser el Programa del Niño Sano, como un control de salud de los ya existentes en edad pediátrica o en programas de salud estratégicos focalizados en determinadas poblaciones diana. La segunda alternativa es menos ambiciosa (*case-finding*) y confiere al TIDY un carácter instrumental, poniendo a disposición de pediatras y médicos de familia una herramienta que les facilite el despistaje de posibles casos de depresión en el ámbito infanto-juvenil ante factores de riesgo, así como una serie de pautas estandarizadas y avaladas clínicamente para llevar a cabo una intervención breve de manera inmediata. Esta es la opción que genera menos dudas. Por último, también parece prometedora la posibilidad de trabajar con el ámbito educativo, aunque esta opción también requeriría ser investigada.

“Hay que hacer algo que sea operativo, que se sepa que funciona y aplicarlo cuando hay sospecha... monitorizarlo, estudiarlo bien y luego ofrecérselo a los profesionales. De ese modo sí que ayudaría a sistematizar la práctica profesional en un ámbito en el que además hay muchas carencias” (GEST)

“Aunque siempre ha habido cierta resistencia a la innovación, hay que apostar por nuevos programas e implementarlos incluso informáticamente en Apps. Sería una magnífica herramienta de apoyo para facilitar una sistemática de la detección precoz y la

intervención breve ante sospecha de depresión en un adolescente. No sólo le daría seguridad al médico, sino que serviría también para sensibilizar a los profesionales de Primaria en general, acerca de la importancia de este tipo de problemas en la adolescencia” (GEST)

“El colegio también es un ambiente donde se pueden detectar cosas. Si su profesor detecta que hay un problema, ya lo debería mandar él. Necesitamos una persona que hablé con ellos. El profesor tiene que tener una empatía, como el médico, aunque lo vea una vez al año, tiene que hablar con él con confianza, que lo conoce desde pequeño...” (PAD)

“Nosotros tenemos una hora de tutoría a la semana, pero nunca hablamos de depresión, hemos hablado de drogas, del alcohol, de la sexualidad últimamente mucho. Y solo en las tutorías. La gente que sufre bullying, por ejemplo, posiblemente tenga depresión” (ADO)

“Igual en el colegio, si te lo dicen, sin entrar en tu caso particular, es como un granito de arena para que luego tú en casa se lo cuentes a tus padres” (ADO)

6) Acciones y estrategias

En definitiva, independientemente de la alternativa seleccionada, los resultados obtenidos a nivel cualitativo, fruto de la integración de las diferentes perspectivas analizadas, recalcan la necesidad de introducir acciones concretas de mejora en el TIDY, trascendentales para su viabilidad en cualquiera de sus formatos posibles. En primer lugar, es fundamental continuar con estudios diseñados apropiadamente para generar la evidencia científica de la que hoy carecemos, tanto en términos de cribado como de eficacia/efectividad clínica. En segundo lugar, es necesario dar un paso adelante en la sistematización/estandarización de los procedimientos y materiales, para lo cual el soporte tecnológico es fundamental. En tercer lugar, es necesario introducir cambios a nivel organizativo que garanticen los “tiempos” necesarios para implementar adecuadamente el programa, tiempos que afectan fundamentalmente a la organización de las agendas en AP y a la derivación a los servicios especializados de salud mental. Por último, todas estas acciones deben ir acompañadas de un esfuerzo a nivel de motivación y formación del personal. Las cuatro claves son compartidas por los diferentes profesionales, pero especialmente “reclamadas” por técnicos y gestores.

“A corto plazo, lo veo completamente inviable. Ni seis meses me parecen adecuados para conseguir evidencias de su efectividad, mínimo un año. Con un estudio de viabilidad, que los resultados hayan sido positivos...”

si queremos informatizarlo, con un soporte técnico adecuado, vincularlo a la propia historia clínica electrónica... no es imposible, pero me parece difícil. Formar a los profesionales, introducirlo en los centros de salud, estar apoyando, resolviendo dudas... un año resulta escaso. Y luego habría que establecer una serie de indicios, cuantificarlo, hacer un seguimiento... En un año puedes comenzar a caminar y ver qué resultados se obtiene” (GEST)

“Hay que estudiar bien la demanda y hacer bien esa identificación, para que entren sólo los que deban entrar. El TIDY podría ser peligroso, pero bien aplicado podría ser de gran ayuda para calibrar mejor el infra-diagnóstico vs. sobre-diagnóstico y darle un poco más de seguridad al profesional” (GEST)

“Aunque este tipo de herramientas no deben sustituir nunca al acto clínico, ayudan a sistematizar y a agilizar el trabajo. Los programas de despistaje son buenos de entrada, pero tienen problemas. Puede haber muchos falsos positivos, sobre-diagnóstico, sobre-tratamiento, estigmatización, embotellamiento del sistema, costes, falta de efectividad, rechazo... es importante disponer de suficiente evidencia científica. Si falta el respaldo científico...” (GEST)

“La innovación cuesta. No hay que precipitarse. Si se hace mal, el programa nace desprestigiado y se cierra la puerta. Cuando algo está en el aire no va” (GEST)

“A nivel de política sanitaria, estamos en un buen momento, si el TIDY no nos vale, porque carece de la evidencia que se necesita, usemos una escala de detección válida, y usemos lo que la evidencia científica nos ha demostrado que resulta adecuado.... Que igual no hay que llamarlo TIDY, igual es otra cosa, que está documentado que funciona, y cómo se hace. Mi apuesta es firme por mejorar la detección y la intervención en la depresión de los chavales” (GEST)

“Hemos hecho un estudio con un grupo de facultativos de atención primaria y un pequeño seguimiento, pero era realmente un estudio de viabilidad. Los que no aplicaban el programa lo veían difícil por las limitaciones temporales, pero la mayoría se mostraban convencidos de poder implementarlo en consultas breves y se veían más capacitados para manejar la depresión. Lo que no tenemos son grandes estudios aleatorizados para demostrar la eficacia. No analizamos la eficacia, hemos estudiado la viabilidad y la utilidad, no hemos comprobado la eficacia porque no hemos hecho un gran ensayo aleatorio, que requeriría un elevado número de participantes y eso es muy costoso. Aun así, hemos encontrado que

los adolescentes detectados con el TIDY tienen mayores puntuaciones en cuestionarios que evalúan alteraciones del estado de ánimo” (PILO1)

“Somos optimistas, ya que al empezar la formación algunos facultativos cambiaron su actitud y creyeron realmente que era algo que podían abordar. Se demostró en el estudio de viabilidad que si se empezaban a usar las herramientas, sentían que podían hacer algo realmente.

Antes de la formación, les preocupaba ser capaces de detectar depresión y no saber qué hacer con ella, pero este miedo se superaba cuando empleaban las herramientas y veían que sí podían abordar la depresión infantojuvenil con una intervención breve” (PILO1)

5 Consideraciones de implementación

5.1 Aspectos económicos

5.1.1 Estimación del impacto presupuestario

¿Cuáles son los costes estimados de la tecnología y de los recursos necesarios para su implementación?

No existe evidencia que permita realizar una estimación aproximada del impacto presupuestario neto de los recursos necesarios para la implementación del programa TIDY con respecto de la práctica habitual.

Si bien la puesta en marcha de la formación a los profesionales podría no ser costosa y la implementación del programa podría realizarse en España coincidiendo con las revisiones del niño sano en el caso de los pacientes en edad pediátrica, es necesario tener en cuenta que sería preciso evaluar los costes de la implementación del programa.

5.1.2. Eficiencia de la tecnología

¿Se estima que la tecnología evaluada supone un impacto económico respecto a su/s comparador/es?

No existen datos de impacto económico del programa TIDY, ni coste-efectividad de la intervención.

5.2. Aspectos organizativos

5.2.1. Descripción de los aspectos organizativos

¿La introducción y uso de la nueva tecnología en lugar de su comparador requiere cambios relevantes en la organización y prestación de servicios?

Desde el punto de vista organizativo, la implementación del TIDY en el SNS requeriría por un lado la formación a los profesionales y por otro el desarrollo de modelos colaborativos de atención entre atención primaria y especializada.

En cuanto a la formación a los profesionales el programa TIDY contempla dos sesiones de una hora de duración en el lugar de trabajo. Las sesiones se centran en la justificación de la aplicación de un modelo de identificación terapéutica y en las preocupaciones existentes en atención primaria sobre la medicalización de los problemas emocionales en el desarrollo del proceso de cribado y diagnóstico, y en la explicación de la actividad terapéutica a realizar y las indicaciones de derivación a atención especializada. Las sesiones se estructuran de forma que se intenta favorecer la discusión sobre los principales riesgos e incertidumbres asociados al manejo clínico de la depresión en la adolescencia. Se acompaña de un vídeo de una consulta para profundizar en las técnicas empleadas. Para favorecer su implementación se entrega a los profesionales un manual que describe el programa en detalle y plantillas para ponerlo en práctica. Sin embargo, se reconoce que es posible que el programa se pudiese beneficiar de una intervención educativa más intensiva para mejorar la adherencia de los profesionales (con mayor entrenamiento inicial, mayor seguimiento de los profesionales, *feedback* y recordatorios) (29, 30).

Además, en un sistema sanitario como el español, cualquier programa de este tipo podría beneficiarse del desarrollo de procedimientos sistemáticos y estructurados de colaboración entre niveles asistenciales. El desarrollo de un canal formal de comunicación y apoyo entre primaria y especializada asociado al programa podría por un lado favorecer a los profesionales de atención primaria (por ejemplo aportar seguridad a los profesionales, resolución de dudas), pero también a atención especializada mediante la optimización de los servicios. Sin embargo, cabe tener en cuenta que a pesar de que los modelos colaborativos de atención han mostrado ser efectivos en el manejo de trastornos mentales como la depresión, el desarrollo de un modelo colaborativo de atención podría ser complejo en sí mismo (44, 45).

A este respecto cabe destacar que cualquier estrategia de cribado para la depresión en la adolescencia, deberá tener asegurada la capacidad de absorber la demanda asociada al mismo.

6 Aspectos éticos, sociales y legales

6.1 Aspectos éticos

6.1.1 Descripción de los aspectos éticos

¿La introducción de la nueva tecnología en lugar de su comparador supone algún conflicto ético relevante?

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno discapacitante asociado a problemas mentales y físicos a largo plazo (3). Debido a ello, el cribado se ha propuesto como una posible solución para mejorar su manejo. Sin embargo, a pesar del consenso sobre la puesta en marcha de medidas que permitan favorecer una identificación temprana, no existe evidencia directa de ECA que apoyen el cribado en niños y adolescentes. Por ello, los principales problemas desde el punto de vista ético con la introducción del programa TIDY, podrían estar relacionados con los principios de beneficencia y no maleficencia, que subrayan la necesidad de minimizar los daños y maximizar los beneficios.

Para aquellos adolescentes correctamente clasificados los beneficios podrían ser importantes, teniendo en cuenta que podría iniciarse un manejo clínico inicial en atención primaria y valorar la pertinencia de la derivación a atención especializada, en caso de ser necesario. Sin embargo, para los adolescentes incorrectamente clasificados (falsos positivos), los daños también podrían ser relevantes teniendo en cuenta las consecuencias del propio diagnóstico (impacto psicológico, estigma y miedo asociados, repercusión familiar y social) y a las del posible tratamiento inapropiado (tratamiento psicológico o farmacológico). Similares aspectos éticos relacionados con la beneficencia/no maleficencia, han sido destacados en análisis éticos de cribado de depresión postparto (46).

En relación con el principio de autonomía, la adolescencia es un periodo del desarrollo en el que el papel de los padres sigue siendo central. El TIDY propone que la evaluación se realice a solas con el adolescente, aunque el papel de los padres en el proceso terapéutico podría ser relevante. Todo ello podría requerir la adaptación de la aplicación del programa en cada caso particular, dependiendo del grado de autonomía y desarrollo del

adolescente, y otros factores como la calidad de las relaciones con los padres o el funcionamiento familiar.

6.2 Aspectos sociales

6.2.1 Descripción aspectos sociales

¿La introducción de la nueva tecnología en lugar de su comparador supone algún conflicto/problema social relevante?

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los adolescentes no suelen buscar ayuda en el sistema sanitario cuando presentan preocupaciones relacionadas con la salud mental. Se ha discutido que esto podría estar explicado en parte por la percepción negativa hacia los profesionales (ausencia de servicios *youth-friendly*), la falta de conocimientos sobre la salud mental y la creencia de que los profesionales y las intervenciones no van a ayudar (47-49). Por otro lado, también se ha constatado que algunos profesionales podrían no sentirse cómodos a la hora de hablar sobre temas de salud mental con los adolescentes y sus familias (3, 50-53).

Algunos de estos factores podrían actuar como barrera a la hora de implementar un programa como el TIDY, si no se consigue que por un lado los profesionales se sientan cómodos y seguros, y por otro, los adolescentes reconozcan a los profesionales de atención primaria como parte de la solución a sus problemas emocionales.

6.3 Aspectos legales

6.3.1 Descripción aspectos legales

¿La introducción de la nueva tecnología en lugar de su comparador supone algún conflicto/problema legal relevante?

El Programa TIDY recomienda que la evaluación se realice, en la medida de lo posible, con el adolescente solo para favorecer la comunicación sobre el malestar psicológico y problemas emocionales (30). A este respecto los adolescentes y sus familias deben tener en cuenta los límites de la confidencialidad.

No se ha identificado ningún conflicto/problema legal adicional derivado de la implementación del programa TIDY.

7 Discusión

7.1 Discusión de la metodología

Para dar respuesta a los objetivos del informe, se realizó una revisión sistemática de la literatura y un estudio cualitativo.

Teniendo en cuenta que tanto la revisión realizada como parte de la GPC sobre el manejo de la depresión en la infancia y la adolescencia, como otras revisiones sistemáticas recientes (3, 26, 27, 54), no localizaron ningún estudio (ensayo clínico aleatorizado, estudios pre-post u otros estudios no aleatorizados) que evaluase los beneficios y riesgos del cribado de depresión en la adolescencia, la presente revisión sistemática se centró en sintetizar la evidencia de efectividad y viabilidad del programa TIDY u otros programas similares que abordasen los componentes de formación a profesionales de AP, cribado, intervención en AP y criterios de derivación, independientemente de sus objetivos y diseño metodológico. Se excluyeron estudios realizados en el ámbito educativo y aquellos que contemplaban la inclusión de asesores al equipo de AP. Con estos criterios de selección solo se incluyeron 2 estudios. En cuanto al pilotaje del programa a nivel nacional, en el área de Santiago de Compostela aunque el estudio no se ha publicado, se incluyen resultados preliminares proporcionados por los autores. Todo ello limita el establecimiento de conclusiones. Una posible limitación de la revisión sistemática ha sido no haber incluido otro tipo de estudios con intervenciones colaborativas o modelos de atención, sin embargo otros trabajos de revisión recientes también han constatado la ausencia de evidencia de este tipo de intervenciones (19). Otra posible aproximación desde el punto de vista metodológico podía haber sido evaluar la evidencia para cada uno de los pasos específicos del programa de identificación terapéutica, pero esta opción hubiese aportado evidencia indirecta, y también existen trabajos recientes de revisión que han adoptado esta estrategia (26, 27).

En cuanto al estudio cualitativo, se diseñó para explorar la viabilidad del TIDY a nivel nacional (área de Santiago de Compostela) e incluyó la perspectiva de los investigadores implicados en el diseño y pilotaje del proyecto (a nivel internacional y nacional), gestores, profesionales de AP y pacientes y familiares. Este estudio ha permitido evaluar la aplicabilidad del proyecto en un contexto diferente en el que fue creado el programa y aporta información interesante de cara al desarrollo de investigación y acciones futuras.

Todo ello ha permitido realizar una aproximación a la viabilidad y aplicabilidad del programa en el SNS, que puede favorecer la toma de decisiones con respecto al programa, aunque la principal limitación en la actualidad es la ausencia de evidencia científica.

7.2 Discusión de los resultados de la revisión sistemática

Los únicos estudios que han sido publicados hasta la actualidad sobre el programa TIDY son un estudio de viabilidad y un estudio cualitativo para analizar la usabilidad y aceptabilidad del programa en Reino Unido. No existen otras propuestas o programas alternativos para la identificación terapéutica en AP.

Aunque se seleccionaron para su lectura a texto completo otros estudios enmarcados en programas de mejora de la calidad (55, 56) o cuidados colaborativos (57, 58), y un estudio de viabilidad del cribado de depresión (59) finalmente fueron excluidos porque no incluían los componentes necesarios para la articulación de un programa de identificación terapéutica (formación, cribado e intervención/derivación). Además, en algunos casos los modelos planteados requieren la incorporación de “asesores” al equipo de atención primaria (55).

Los estudios publicados sobre el TIDY sugieren que el programa mejora los conocimientos de los profesionales y la proporción de adolescentes cribados e identificados. Sin embargo, cabe tener en cuenta las limitaciones en el diseño de dicho estudio y que la tasa de participación de los profesionales fue baja, lo que limita la generabilidad de los resultados. Además, la flexibilidad con la que se empleó el programa por parte de los profesionales resultó en un cribado selectivo (oportunisto), más que en un cribado sistemático. La realización de un cribado sistemático (a todos los adolescentes) podría requerir una formación y seguimiento del programa más intensivos o cambios organizativos (por ejemplo, gestión de agendas, incentivos, entre otros).

Por todo ello la evidencia a día de hoy es muy limitada. Sin embargo, los estudios publicados y el presente informe aportan información valiosa de cara a la investigación futura. A este respecto se ha señalado que las intervenciones complejas, como es el caso de la implementación de un programa de identificación terapéutica necesitan ser descritas en detalle y

rigurosamente probadas en estudios de campo antes de la puesta en marcha de ensayos clínicos.

Aunque la mayor parte de guías y recomendaciones de expertos, incluida la GPC del SNS, recomiendan la incorporación de procedimientos de cribado de depresión en la adolescencia (3,5,16-19), los programas de cribado podrán ser útiles solo si mejoran los resultados clínicos en comparación con el manejo habitual. Hasta la actualidad estas recomendaciones se han basado en evidencia indirecta sobre las propiedades psicométricas de los test y la existencia de tratamientos efectivos, y asumiendo un balance riesgo/beneficio favorable al cribado.

Hasta la obtención de evidencia más concluyente al respecto, se ha propuesto que una alternativa en la actualidad puede ser dirigir los recursos a formar a los profesionales de AP en la identificación, tratamiento y seguimiento de la depresión y favorecer el acceso a los servicios especializados en salud mental (54). Otros autores han sugerido que deberían invertirse los recursos en mejorar el manejo de la depresión una vez que esta ha sido diagnosticada (60).

Por todo ello, y teniendo en cuenta que el programa TIDY podría ser una alternativa pragmática y viable, es necesaria la puesta en marcha de nuevos estudios que permitan resolver las incertidumbres planteadas. Dada la complejidad de poner en marcha ECA, podría ser interesante llevar a cabo estudios clínicos de prueba de concepto (*proof-of-concept clinical trials*) bien diseñados que podrían justificar la realización de estudios más robustos de efectividad. A este respecto, un estudio de diseño sencillo inicial podría consistir en contar con médicos de atención primaria motivados que utilizaran el programa, confirmar si han identificado la depresión correctamente, y evaluar los niveles de depresión en los adolescentes antes y después.

7.3 Discusión de los resultados del estudio cualitativo

La escasa evidencia empírica relacionada con el programa TIDY (constatada en la revisión de la literatura realizada), constituía a priori un obstáculo importante para poder informar de la manera más objetiva posible acerca de su viabilidad en el SNS. Este hecho se ha intentado atenuar mediante la realización de un estudio cualitativo, en cuyo diseño se han tenido en cuenta estas y otras limitaciones:

- 1) En primer lugar, se ha obtenido información de primera mano de los propios autores de los pocos trabajos existentes en la literatura, quienes al mismo tiempo han diseñado el programa y coordinado su implementación en el sistema sanitario británico.
- 2) En segundo lugar, se ha incorporado al estudio la opinión y la experiencia de los responsables del pilotaje del programa en la comunidad gallega, hasta hoy el único antecedente de implementación del TIDY en España. Se han considerado además tres grupos de profesionales de diferentes perfiles (médicos de familia, pediatras y enfermeras) con diferente grado de experiencia en la implementación del programa, tratando de disponer así de perspectivas complementarias y anticipar posibles barreras o resistencias.
- 3) Se han realizado entrevistas a técnicos y responsables de gestión de diferentes comunidades, para detectar también posibles dificultades a nivel logístico-organizativo en la implementación del programa; y, por último
- 4) Se han realizado también grupos focales tanto con adolescentes, como con sus padres, cuyo punto de vista no solo añade una evidente riqueza interpretativa, sino que además no había sido considerado hasta el momento en la literatura científica sobre el TIDY.

Todo ello supone un análisis adicional de las potencialidades y debilidades del programa y su recorrido a medio/largo plazo. Cabe señalar, no obstante, algunas limitaciones propias de este tipo de trabajos, como el tamaño muestral y la estrategia no probabilística seguida para la selección de los participantes, el reducido número de grupos focales realizados o el limitado análisis que se haya podido hacer de algunos elementos o temas de interés.

No obstante, si se intenta reflexionar acerca de las posibles implicaciones teóricas y prácticas de los resultados obtenidos, cabe señalar en primer lugar que la evidencia encontrada en el presente estudio sirve para reforzar y completar la evidencia existente en la literatura. Tal y como se recoge en el trabajo de Iliffe et al. (2012) (43) y se constata en la propia entrevista realizada a las Dras. Garralda y Kramer, así como a profesionales y gestores, el TIDY responde a una demanda latente perfectamente constatable tanto en el sistema sanitario británico como en el español y creciente en los últimos años. Tal y como se deriva de la experiencia y visión de los profesionales que participaron en su pilotaje, podría suponer una buena herramienta para utilizar de forma selectiva ante sospecha de depresión infanto-juvenil

y cuya utilidad percibida depende en gran medida de la experiencia de los profesionales de AP, su conocimiento y su concienciación. Por otra parte, su aprovechamiento y correcto funcionamiento está condicionado en buena medida (como ya se señala en la literatura), por la capacidad que el propio sistema sanitario tenga de garantizar los aspectos organizativos adecuados para su implementación (agenda asistencial, derivación, coordinación, entre otros), al mismo tiempo que una buena formación y motivación de los profesionales. Partiendo de estas dos premisas (profesionales formados/motivados y tiempo), la propia sistemática y simplicidad del programa, hace que con un mínimo desarrollo técnico pueda convertirse en un instrumento útil, que podría favorecer que los profesionales de AP puedan dar una respuesta eficaz y eficiente a los posibles casos de depresión infanto-juvenil.

Por último, tal y como los diferentes autores y expertos advertían, el siguiente paso radica necesariamente en la realización de nuevos trabajos encaminados a aportar la evidencia científica de la que a día de hoy sigue careciendo el programa en el ámbito sanitario (atención primaria), tanto en su vertiente de cribado (proporcionando datos de sensibilidad, especificidad y valores predictivos), como en su vertiente terapéutica o de intervención breve. Además, teniendo en cuenta las aportaciones de los participantes del estudio y los resultados del pilotaje en el área de Santiago, que sugieren la baja frecuentación de los adolescentes en atención primaria, podría ser interesante investigar el papel que podrían tener los centros educativos.

7.4 Discusión de los aspectos económicos y organizativos

Se ha estimado que los costes para el sistema sanitario de la depresión, son en general mayores que para otros trastornos mentales, excluyendo los trastornos de conducta (26, 27, 61). A pesar del interés que los programas de cribado de depresión en la adolescencia han suscitado a nivel internacional, no se ha localizado ningún estudio de evaluación económica sobre los costes del cribado.

Considerando que la formación a los profesionales y el cribado en sí mismo podría no requerir una cantidad de recursos importante, habría que considerar el impacto que pudiese tener en las consultas su aplicación (tiempo necesario para la evaluación, intervención y seguimiento). Además, cualquier evaluación económica tendría que considerar tanto los beneficios clínicos como los posibles daños derivados del programa (por ejemplo,

depresión no detectada, falsos positivos con tratamiento innecesario o estigma).

7.5 Discusión de los aspectos éticos, sociales y legales

Desde el punto de vista ético, las principales cuestiones a tener en cuenta están directamente relacionadas con la ausencia de evidencia científica en la actualidad, y con los principios de beneficencia y no maleficencia. Desde la perspectiva social, tanto el estudio cualitativo como otros previos, han señalado que se reconoce que deben desarrollarse y evaluarse programas de prevención, detección y manejo clínico de la depresión en la adolescencia con la finalidad de reducir la discapacidad y carga que supone para los adolescentes que la sufren y sus familias.

Una de las preocupaciones expresadas por los profesionales que participaron en el TIDY tanto en Reino Unido como a nivel nacional, es la posible medicalización del malestar en la adolescencia y el estigma asociado al posible diagnóstico de depresión. El estigma también podría preocupar a los adolescentes, y este miedo podría funcionar como barrera a la hora de compartir emociones y sentimientos en atención primaria. Sin embargo, la visión de los investigadores es que compartir con el adolescente sus síntomas de depresión no confieren necesariamente un diagnóstico de depresión clínica que pudiera resultar estigmatizante en atención primaria. Además, el paquete de formación del TIDY se ha diseñado teniendo en cuenta estas posibles barreras.

8 Conclusiones

- El cribado de depresión en la adolescencia en AP se ha propuesto como una posible solución para mejorar su manejo clínico y prevenir sus complicaciones. Sin embargo, existe incertidumbre derivada de la ausencia de estudios que hayan evaluado su efectividad y hayan determinado cuál es la forma óptima de articular los programas de cribado en los sistemas sanitarios.
- Los programas de identificación terapéutica, como el programa TIDY, que combina la formación a los profesionales, la identificación de morbilidad psicológica, una intervención breve basada en las terapias cognitivo-conductual e interpersonal, y criterios de derivación, podría ser una alternativa para su empleo en las consultas de AP. Sin embargo, solo se han localizado en la revisión sistemática 2 estudios, un estudio de viabilidad y un estudio cualitativo realizados en Reino Unido para determinar su usabilidad y aceptabilidad por parte de los profesionales. También se han considerado resultados preliminares (aún no publicados) de un pequeño estudio en el área de Santiago de Compostela. Aunque globalmente la evidencia parece prometedora y podría sugerir la viabilidad y factibilidad del programa, no existen datos comparados de eficacia y seguridad clínica.
- Los principales hallazgos del estudio cualitativo realizado como parte de este informe, que ha intentado recoger las perspectivas de los investigadores del programa, gestores, profesionales y pacientes y sus familias, ponen de manifiesto la necesidad de adaptar/desarrollar y evaluar herramientas de identificación terapéutica de la depresión para el ámbito de AP, teniendo en cuenta la complejidad e importancia del problema.
- Es necesario obtener evidencia adicional sobre seguridad, efectividad clínica y coste-efectividad del programa TIDY o programas de identificación terapéutica alternativos. Para ello, la puesta en marcha de estudios controlados y aleatorizados, que permitan obtener información sobre la precisión diagnóstica, y los beneficios y riesgos asociados al programa, teniendo en cuenta la evaluación de todos sus componentes, es imprescindible. Debido a la complejidad de poner en marcha este tipo de estudios, podría ser necesario realizar estudios clínicos de prueba de concepto (*proof-of-concept*) que pudiesen favorecer el desarrollo de estudios más robustos.

9 Bibliografía

1. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depresión en niños y adolescentes. (Prieto-Tagle MF, ed.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
2. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Madrid 1992. Trastornos mentales y del comportamiento.
3. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
4. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. American journal of preventive medicine. 2006;31(6 Suppl 1):S104-25. PubMed PMID: 17175406.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and Young people: Identification and management in primary, community and secondary care. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018; [citado 27 mar 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28#>.
6. Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G, Kratochvil C, Simons A, et al. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. Mar;68(3):263-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.150. Epub 2010 Nov 1. Arch Gen Psychiatry. 2011.
7. TADS Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS). Long-term effectiveness and safety outcomes. Archives of General Psychiatry. 2007;64:1132- 1144. .
8. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part 1. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1996;35(11):1427-39.

9. Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN, Gelenberg AJ, Kornstein SG, Miller IM, et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):940-7.
10. World Health Organization. The Global Burden of Disease 2004 update. 2008; [citado 27 mar 2018]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
11. Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *N Engl J Med*. 1998 May 21;338(21):1516-20. PMID: 9593791.
12. Depression: CDC; 2015; [citado 27 mar 2018]. [Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/depression.htm>].
13. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561-72.
14. World Health Organization. Mental Health. Suicide data [Monografía en internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado 27 mar 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
15. Estadística de defunciones según la causa de muerte [Base de datos en internet]; [citado 27 mar 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175.
16. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJ, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):588-603.
17. Lewandowski RE, Acri MC, Hoagwood KE, Olfson M, Clarke G, Gardner W, et al. Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics*. 2013;132(4):e996-e1009.
18. Cheung AH, Kozloff N, Sacks D. Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(8):381.
19. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein R, Laraque D, Group G-PS. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC):

Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20174081.

20. Elster AB, Kuznets NJ. Guidelines for Adolescent Preventive Services. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994.
21. Bright Futures/American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care-Periodicity Schedule [Internet]. 2014 [citado 27 mar 2018]. Disponible en: www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-support/Pages/PeriodicitySchedule.aspx.
22. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.
23. American Academy of Family Physicians. Recommendations for Depression Screening, Children and Adolescents 2009 [citado 27 mar 2018]. Disponible en: www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam/depression.html.
24. British Columbia Medical Association. Anxiety and Depression in Children and Youth - Diagnosis and Treatment [Internet]. British Columbia Medical Association; 2010 [citado 27 mar 2018]. Disponible en: <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depressyouth.pdf>.
25. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.
26. Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner AC, et al. Screening for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2016.
27. Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner A, et al. Screening for Major Depressive Disorder Among Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 116. AHRQ Publication No. 13-05192-EF-1. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.

28. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW, et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Cmaj*. 2005;172(1):33-5.
29. Kramer T, Iliffe S, Bye A, Miller L, Gledhill J, Garralda ME. Testing the feasibility of therapeutic identification of depression in young people in British general practice. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2013;52(5):539-45. PubMed PMID: 23608718.
30. Kramer T, Iliffe S, Gledhill J, Garralda ME. Recognising and responding to adolescent depression in general practice: developing and implementing the Therapeutic Identification of Depression in Young people (TIDY) programme. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2012;17(4):482-94. PubMed PMID: 22523137.
31. Estadística del padrón continuo [Base de datos en internet]. [citado 27 mar 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990.
32. Gledhill J, Kramer T, Iliffe S, Garralda ME. Training general practitioners in the identification and management of adolescent depression within the consultation: a feasibility study. *Journal of adolescence*. 2003;26(2):245-50. PubMed PMID: 12581730.
33. Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010 Jan 22;340:c209. doi: 10.1136/bmj.c209.
34. Royal College of Psychiatrists. Depression in children and young people: For young people. 2004.
35. Grupo de trabajo del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Instituto de Información Sanitaria. Cartera de servicios de atención primaria Desarrollo, organización, usos y contenido Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf.
36. Puñal-Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz MA, Atienza Merino G, Ubago Pérez R, et al. Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias

Santiago de Compostela: ACIS, avalia-t; 2016 [Disponible en: https://avalia-t.sergas.gal/DXerais/621/avalia-t201510_GuiaMetodologica.pdf.

37. Moga C, Guo B, Schopflocher D, Harstall C. Development of a Quality Appraisal Tool for Case Series Studies Using a Modified Delphi Technique. Edmonton (AB): Institute of Health Economics; 2012.
38. CASP UK. CASP Checklist. 10 questions to help you make sense of qualitative research [Internet]. Oxford: CASP UK; 2013 [citado 27 mar 2018]. Disponible en: http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf.
39. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. p. 3-8.
40. Kvale S. Las entrevistas en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata. 2011.
41. Kitzinger J. Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ*. 1995;311:299-302.
42. Morgan DL. The focus group guidebook. Thousand Oaks: Sage. 1998.
43. Iliffe S, Gallant C, Kramer T, Gledhill J, Bye A, Fernandez V, et al. Therapeutic identification of depression in young people: lessons from the introduction of a new technique in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2012;62(596):e174-82. PubMed PMID: 22429434.
44. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD006525. DOI: 10.1002/14651858.CD006525.pub2.
45. Wood E, Ohlsen S, Ricketts T. What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. *J Affect Disord*. 2017 May;214:26-43. doi: 10.1016/j.jad.2017.02.028. Epub 2017 Feb 22.
46. Krantz I, Eriksson B, Lundquist-Persson C, Ahlberg BM, Nilstun T. Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): an ethical analysis. *Scand J Public Health*. 2008 Mar;36(2):211-6. doi: 10.1177/1403494807085392.

47. Flink IJ, Beirens TM, Butte D, Raat H. Help-seeking behaviour for internalizing problems: perceptions of adolescent girls from different ethnic backgrounds. *Ethn Health*. 2014;19(2):160-77.
48. McCann TV, Lubman DI. Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from a primary care youth mental health service: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2012a;21(15-16):2179-87.
49. Dundon EE. Adolescent depression: a metasynthesis. *J Pediatr Health Care*. 2006;20(6):384-92.
50. Sanci L, Lewis D, Patton G. Detecting emotional disorder in young people in primary care. *Curr Opin Psychiatry*. 2010 Jul;23(4):318-23.
51. Martinez R, Reynolds S, Howe A. Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *Br J Gen Pract*. 2006 Aug;56(529):594-9.
52. Churchill R, Allen J, Denman S, Williams D, Fielding K, von FM. Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour? *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2000;50:953-7.
53. Jacobson L, Richardson G, Parry-Langdon N, Donovan C. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. *British Journal of General Practice*, 51, 811-816. 2001.
54. Roseman M, Saadat N, Riehm KE, Kloda LA, Boruff J, Ickowicz A, et al. Depression Screening and Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Can J Psychiatry*. 2017 Dec;62(12):813-817. doi: 10.1177/0706743717727243. Epub 2017 Aug 29.
55. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Jan 19;293(3):311-9.
56. Beers LS, Godoy L, John T, Long M, Biel MG, Anthony B, et al. Mental Health Screening Quality Improvement Learning Collaborative in Pediatric Primary Care. *Pediatrics*. 2017 Dec;140(6). pii: e20162966. doi: 10.1542/peds.2016-2966. Epub 2017 Nov 7.

57. Aupont O, Doerfler L, Connor DF, et al. A collaborative care model to improve access to pediatric mental health services. *Adm Policy Ment Health*. 2013 Jul;40(4):264-73.
58. Richardson LP, Ludman E, McCauley E, Lindenbaum J, Larison C, Zhou C, et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014 Aug 27;312(8):809-16.
59. Zuckerbrot RA, Maxon L, Pagar D, Davies M, Fisher PW, Shaffer D. Adolescent depression screening in primary care: feasibility and acceptability. *Pediatrics*. 2007 Jan;119(1):101-8.
60. Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ* 2006, 332:1027–1030.
61. Lynch FL, Clarke GN. Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. *Am J Prev Med*. 2006 Dec;31(6 Suppl 1):S143-51. PMID: 17175409.

Anexos

Anexo A. Estrategia de búsqueda

La revisión bibliográfica se ha realizado en octubre de 2017, en las siguientes bases de datos:

Bases de datos de revisiones sistemáticas

CRD Databases (23 ref)

- 1 (Depression or “Depressive Disorder” or “Postpartum Depression” or “Major Depressive Disorder” or “Dysthymic Disorder” or “dysthymia” or “Seasonal Affective Disorder”)
- 2 (child or children or adolescen* or teen or teens or teenage*)
- 3 (detection or identification or “therapeutic identification” or screen or screening or screened or screens or “case finding” or casefinding or “mass screening”)
- 4 (“Primary Health Care” or “General Practice” or “General Practitioners” or “family physician” or “family physicians” or “primary health” or “general practice” or “general practitioner” or “general practitioners”)
- 5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

Cochrane Library (Wiley) (81 ref)

- #1 MeSH descriptor: [Depression] explode all trees
- #2 MeSH descriptor: [Depressive Disorder, Major] explode all trees
- #3 “Depression” or “Depressive Disorder” or “Postpartum Depression” or “Major Depressive Disorder” or “Dysthymic Disorder” or “dysthymia” or “Seasonal Affective Disorder”:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
- #4 #1 or #2 or #3

- #5 child or children or adolescen* or teen or teens or teenage*:ti,ab,kw
(Word variations have been searched)
- #6 detection or identification or “therapeutic identification” or screen or
screening or screened or screens or “case finding” or casefinding or
“mass screening”:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
- #7 MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees
- #8 MeSH descriptor: [Screening] explode all trees
- #9 #6 or #7 or #8
- #10 “Primary Health Care” or “General Practice” or “General
Practitioners” or “family physician” or “family physicians” or “primary
health” or “general practice” or “general practitioner” or “general
practitioners”:ti,ab,kw (Word variations have been searched)
- #11 MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees
- #12 MeSH descriptor: [General Practitioners] explode all trees
- #13 MeSH descriptor: [Physicians, Family] explode all trees
- #14 #10 or #11 or #12 or #13
- #15 #4 and #5 and #9 and #14
- #4 #1 and #2 and #3

Bases de datos generales

Medline (PubMed) (176 ref)

- #1 detection[Title/Abstract] OR identification[Title/Abstract] OR
“therapeuticidentification”[Title/Abstract] OR Mass Screening[MeSH]
OR screen[TIAB] OR screening[TIAB] OR screened[TIAB] OR
screens[TIAB] OR “case finding”[TIAB] OR casefinding[TIAB]
- #2 depress*[Title/Abstract] OR dysthymi*[Title/Abstract] OR
dysphori*[Title/Abstract] OR melanchol*[Title/Abstract] OR
sadness[Title/Abstract] OR “seasonal affective disorder”[Title/
Abstract] OR “seasonal affective disorders”[Title/Abstract] OR
“Depression”[Mesh] OR “Depressive Disorder, Major”[Mesh]

- #3 child[TIAB] OR children[TIAB] OR adolescen*[TIAB] OR teen[TIAB] OR teens[TIAB] OR teenage*[TIAB]
- #4 “Physicians, Family”[Mesh] OR “Primary Health Care”[Mesh] OR “General Practice”[Mesh] OR “General Practitioners”[Mesh] OR “family physician”[Title/Abstract] OR “family physicians”[Title/Abstract] OR “primary health”[Title/Abstract] OR “general practice”[Title/Abstract] OR “general practitioner”[Title/Abstract] OR “general practitioners”[Title/Abstract]
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4
- #6 #5 AND ((Case Reports[ptyp] OR Clinical Study[ptyp] OR Editorial[ptyp] OR Interview[ptyp] OR Lectures[ptyp] OR Legal Cases[ptyp] OR Legislation[ptyp] OR Letter[ptyp] OR Portraits[ptyp]))
- #7. #4 AND NOT #6

Embase 232 ref; PsycINFO 107 ref (Ovid SP)

- 1 (“Depression” or “Depressive Disorder” or “Postpartum Depression” or “Major Depressive Disorder” or “Dysthymic Disorder” or “dysthymia” or “Seasonal Affective Disorder”).ab,ti.
- 2 exp MAJOR DEPRESSION/
- 3 1 or 2
- 4 (child or children or adolescen* or teen or teens or teenage*).ab,ti.
- 5 (detection or identification or “therapeutic identification” or screen or screening or screened or screens or “case finding” or casefinding).ab,ti.
- 6 exp Screening/
- 7 “mass screening”.ab,ti.
- 8 5 or 6 or 7
- 9 (“Primary Health Care” or “General Practice” or “General Practitioners” or “family physician” or “family physicians” or “primary health” or “general practice” or “general practitioner” or “general practitioners”).ab,ti. (11397)

- 10 exp Primary Health Care/ or exp General Practitioners/
- 11 exp Family Physicians/
- 12 9 or 10 or 11
- 13 3 and 8 and 12
- 14 limit 13 to (100 childhood <birth to age 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>)

ISI Web of Science 164 ref

- #1 TOPIC: (“Depression” or “Depressive Disorder” or “Postpartum Depression” or “Major Depressive Disorder” or “Dysthymic Disorder” or “dysthymia” or “Seasonal Affective Disorder”) OR TITLE: (“Depression” or “Depressive Disorder” or “Postpartum Depression” or “Major Depressive Disorder” or “Dysthymic Disorder” or “dysthymia” or “Seasonal Affective Disorder”)
- #2 TOPIC: (child or children or adolescen* or teen or teens or teenage*) OR TITLE: (child or children or adolescen* or teen or teens or teenage*)
- #3 TS=(detection or identification or “therapeutic identification” or screen or screening or screened or screens or “case finding” or casefinding OR “mass screening”) OR TI=(detection or identification or “therapeutic identification” or screen or screening or screened or screens or “case finding” or casefinding OR “mass screening”)
- #4 TOPIC: (“Primary Health Care” or “General Practice” or “General Practitioners” or “family physician” or “family physicians” or “primary health” or “general practice” or “general practitioner” or “general practitioners”) OR TITLE: (“Primary Health Care” or “General Practice” or “General Practitioners” or “family physician” or “family physicians” or “primary health” or “general practice” or “general practitioner” or “general practitioners”)
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

Scopus 851 ref (Elsevier)

- #1 (TITLE-ABS-KEY (“Depression” OR “Depressive Disorder” OR “Postpartum Depression” OR “Major Depressive Disorder” OR

“Dysthymic Disorder” OR “dysthymia” OR “Seasonal Affective Disorder”)ANDTITLE-ABS-KEY (child OR children OR adolescen* OR teen OR teens OR teenage*) AND TITLE-ABS-KEY (detection OR identification OR “therapeutic identification” OR screen OR screening OR screened OR screens OR “case finding” OR casefinding OR “mass screening”) AND TITLE-ABS-KEY (“Primary Health Care” OR “General Practice” OR “General Practitioners” OR “family physician” OR “family physicians” OR “primary health” OR “general practice” OR “general practitioner” OR “general practitioners”

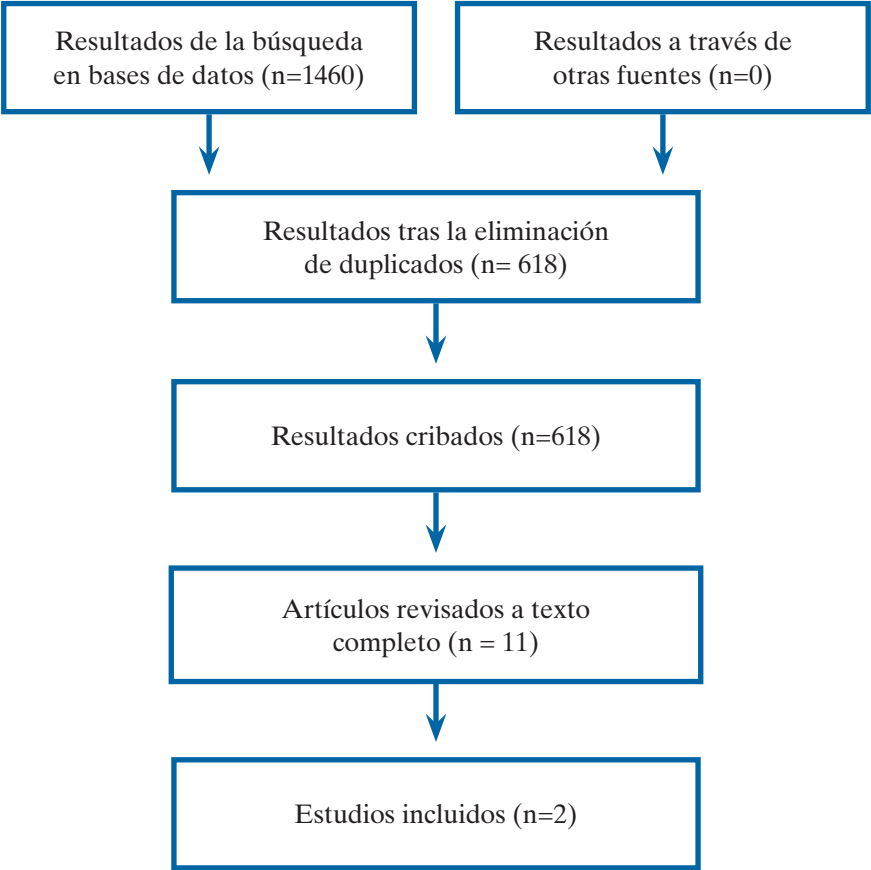
Bases de datos de ensayos en marcha. ClinicalTrials.gov, ICTRP, 58 ref

#1 detection or identification or “therapeutic identification” or screen or screening or screened or screens or “case finding” or casefinding or “mass screening”

#2 Depression

#3 #1 AND #2

Anexo B. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios



Anexo C. Tablas de evidencia

Autor (año) (referencia)	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusiones de los autores
Kramer (2013) (29)	Evaluar la viabilidad del entrenamiento a profesionales de atención primaria en el cribado e identificación terapéutica de la depresión en la adolescencia; y evaluar su efecto en el conocimiento de los profesionales, actitudes, tasas de cribado, y manejo clínico.	Diseño pre-post. - Evaluación del cambio de actitudes y conocimiento (prevalencia de depresión, guías de práctica clínica, y confianza): cuestionario antes y después del entrenamiento. - Cambios en las tasas de cribado: evaluación a través de la historia clínica electrónica 16 semanas antes y después. - Evaluación de los cambios en el manejo clínico: se evaluó a través de un cuestionario tras el entrenamiento:	Participaron 4 centros de atención primaria de los 70 inicialmente contactados (5,7%); 25 médicos de atención primaria y 6 enfermeras; 426 adolescentes antes de la implementación (29% de los registrados en este grupo de edad), 449 adolescentes tras la implementación (31%). Un total de 127 adolescentes (28%) aceptaron participar finalmente a participar en el seguimiento. Aspectos relacionados con el conocimiento (prevalencia y GPC) y confianza (sobre identificación y manejo): se encontró un incremento estadísticamente significativo en todas las variables medidas $p < 0,04$. Tasa de cribado: incrementaron de 0,7% antes, al 20% después de la intervención. Tasas de identificación: se incrementó del 0,5% antes al 2% después. Un total de 94 adolescentes fueron cribados y 10 fueron identificados. Se encontró una asociación significativa entre el conocimiento por parte del profesional de trastornos mentales previos y estresores psicosociales y la tasa de identificación. De los 10 participantes identificados como deprimidos, 8 recibieron 1 o más componentes del TIDY (el seguimiento y las estrategias de afrontamiento fueron las estrategias más empleadas).	El TIDY es un programa aplicable y factible para el cribado de depresión en atención primaria, con evidencia prometedora de efectividad. Es necesaria una evaluación en un ensayo clínico aleatorizado para evaluar el impacto clínico y coste beneficio del programa.
Iliffe (2012) (43)	Evaluar la usabilidad y utilidad del programa TIDY	Estudio cualitativo: entrevistas semiestructuradas cara a cara.	Participaron los 25 médicos de primaria y 6 enfermeras que participaron en el estudio de viabilidad. Se identificaron 3 temas principales: - Sentido de la depresión cuando se interpretan signos y síntomas: aunque la participación en el estudio ha modificado la percepción sobre los problemas psicológicos en la adolescencia, existen opiniones divergentes relacionadas con la conceptualización de la depresión en la adolescencia. Algunos profesionales se sienten más cómodos relacionando los problemas relacionados con el estado de ánimo y la esfera social en este grupo de edad- - El impacto en las actitudes y en la práctica clínica es variable. - El tiempo es un factor relevante para la aplicación del programa.	El TIDY es usable en la práctica clínica, pero solo si se permite a los profesionales de primaria emplearlo de forma selectiva. Esta necesidad de emplearlo selectivamente está relacionada con las preocupaciones sobre el tiempo en atención primaria, y la medicalización del malestar psicológico en la adolescencia. La utilidad percibida depende del conocimiento previo de los profesionales, su experiencia y preocupación.

Anexo D. Calidad de la evidencia de los estudios incluidos

Escala de valoración de la evidencia para series de casos (IHE)		Kramer 2013
Objetivo del estudio	1. ¿El objetivo del estudio se define claramente en el resumen, introducción o metodología?	Si
Población a estudio	2. ¿Se describen las características de los participantes?	Si
	3. Los casos incluidos, ¿proceden de más de un centro?	Si
	4. ¿Los criterios de elegibilidad (criterios de inclusión y exclusión) para entrar en el estudio son explícitos y apropiados?	Si
	5. ¿Los participantes fueron reclutados consecutivamente?	Si
	6. ¿Los participantes entraron en el estudio en la misma fase de la enfermedad?	-
Intervención y co-intervención	7. ¿Se describe claramente la intervención en el estudio?	Si
	8. ¿Las intervenciones adicionales (co-intervenciones) fueron descritas claramente?	Si
Medidas de resultado	9. Las medidas de resultado, ¿son descritas en la introducción o el apartado de metodología?	Si
	10. Los resultados relevantes, ¿fueron medidos de forma apropiada con métodos objetivos y/o subjetivos?	Si
	11. ¿Los resultados fueron medidos antes y después de la intervención?	Si
Análisis estadístico	12. ¿Fueron apropiados los test estadísticos utilizados para evaluar los resultados relevantes?	Si
Resultados y conclusiones	13. ¿Se describe la duración del seguimiento?	Si
	14. ¿Se describen las pérdidas durante el seguimiento?	Si
	15. En el análisis de los resultados relevantes ¿Proporciona el estudio estimaciones de la variabilidad?	No
	16. ¿Se describen los efectos adversos?	No
	17. ¿Las conclusiones del estudio se basan en los resultados obtenidos?	Si
Declaración de intereses y fuentes de financiación	18. ¿Se realiza una declaración de intereses y se describen las fuentes de financiación?	Si
	Puntuación total*	15
*Un estudio con ≥14 respuestas "si" (≥75%) se considera de calidad aceptable Si/no/parcialmente/poco claro		

Herramienta CASPe para estudios cualitativos		Iliffe 2012
Validez de los resultados	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí
	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí
	3. ¿El método de investigación es el adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí
	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	No
	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí
Resultados	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí
	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí
Aplicabilidad	10. ¿Son los resultados aplicables en tu medio?	Sí
Puntuación total*		9

Anexo E. Artículos excluidos

Cita	Causa de exclusión
Iliffe S, Gledhill J, da Cunha F, Kramer T, Garraalda E. The recognition of adolescent depression in general practice: Issues in the acquisition of new skills. Primary Care Psychiatry. 2004;9(2):51-6.	No disponible el texto completo del artículo.
Kramer T, Iliffe S, Gledhill J, Garraalda ME. Recognising and responding to adolescent depression in general practice: developing and implementing the Therapeutic Identification of Depression in Young people (TIDY) programme.Clin Child Psychol Psychiatry. 2012 Oct;17(4):482-94. doi: 10.1177/1359104512442639. Epub 2012 Apr 19.	Estudio de descripción de la técnica, no evaluativo.
Kramer T, Iliffe S, Miller L, Gledhill J, Garraalda E. Depression in adolescents. Collaboration to overcome barriers in primary care. BMJ. 2010 Feb 16;340:c908. doi: 10.1136/bmj.c908.	Carta al editor
Gledhill J, Kramer T, Iliffe S, Garraalda ME. Training general practitioners in the identification and management of adolescent depression within the consultation: a feasibility study. Journal of adolescence. 2003;26(2):245-50.	Proyecto piloto inicial, no evalúa el programa TIDY tal y como fue concebido con posterioridad.
Beers LS, Godoy L, John T, Long M, Biel MG, Anthony B, et al. Mental Health Screening Quality Improvement Learning Collaborative in Pediatric Primary Care. Pediatrics. 2017 Dec;140(6).	Programa de mejora de la calidad de cribado de salud mental (no exclusivamente depresión), incorpora asesores externos.
Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. JAMA. 2005 Jan 19;293(3):311-9.	Programa de calidad que incorpora expertos que apoyan a los clínicos en la evaluación y manejo de la depresión. También incluye formación a los profesionales de AP
Richardson LP, Ludman E, McCauley E, Lindenbaum J, Larison C, Zhou C, Clarke G, Brent D, Katon W. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. JAMA. 2014 Aug 27;312(8):809-16.	Modelo colaborativo para adolescentes con depresión diagnosticada
Aupont O, Doerfler L, Connor DF, et al. A collaborative care model to improve access to pediatric mental health services. Adm Policy Ment Health. 2013 Jul;40(4):264-73.	Modelo colaborativo no centrado en depresión.
Zuckerbrot RA, Maxon L, Pagar D, Davies M, Fisher PW, Shaffer D. Adolescent depression screening in primary care: feasibility and acceptability. Pediatrics. 2007 Jan;119(1):101-8.	Contempla formación y protocolo de identificación de 2 etapas: cribado y evaluación computarizada

