AÑO 2025

LINEAMIENTO DE ORIENTACIÓN CLÍNICA PARA LA VALORACIÓN INICIAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON AFECTACIONES EN SALUD MENTAL

Copia No Controlada

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Equipo Directivo

Luis Alexander Moscoso Osorio

Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

Fernando Aníbal Peña Diaz

Director de Provisión de Servicios de Salud

Equipo Técnico

Sandra Patricia Charry Rojas

Líder Técnico Rutas Integrales de Atención en Salud

Equipo Directivo IETS

Adriana Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
Subdirectora General y de Operaciones

Copia No Controlada

Participantes

Referentes técnicos Secretaría Distrital de Salud

Diana Constanza Hernández Jaramillo
Referente de Salud Mental
Dirección de Provisión de Servicios de Salud Secretaría Distrital de Salud

Beatriz Helena Guerrero Africani
Profesional Especializado
Dirección de Provisión de Servicios de Salud Secretaría Distrital de Salud

Luis Gerado Cano Villate
Dirección de Provisión de Servicios de Salud Secretaría Distrital de Salud

Ricardo Durán Arango
Dirección de Provisión de Servicios de Salud Secretaría Distrital de Salud

Agradecimiento en la construcción del documento a:
Diana Patricia Santamaria
Yaneth Giron

Yaneth Cecilia Giron Bolivar

Derechos morales de autor

Catalina Ayala Corredor
Médica Psiquiatra
Experta clínica independiente

Juan Camilo Fuentes Pachón
Epidemiólogo Clínico
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Meisser Madera Anaya
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Adriana Esperanza Peñuela Sánchez
Epidemióloga
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Eliana Isabel Rodríguez Grande
Epidemióloga Clínica
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Fabio Alexander Sierra Matamoros
Epidemiólogo Clínico
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Natalia Del Pilar Castro Campos
Epidemióloga
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Diana Marcela Segura Sandino
Química Farmacéutica
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Copia No Controlada

Expertos clínicos participantes en los paneles

Camila Patiño Sarmiento
Psicóloga. Experto Independiente

Maritza Roa Gómez
Odontóloga
Federación Odontológica Colombiana (FOC)

Gloria Stella Urbano Franco
Enfermera
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC)

Néstor Camilo Castiblanco
Enfermero
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC)

Luz Carime Correa
Enfermera
Organización Colegial de Enfermería (OCE)

Nathalia Andrea Herrera Bazurto
Enfermera
Organización Colegial de Enfermería (OCE)

María Marlen Catama Ramos
Enfermera
Doctora en Ciencias de la Educación
Organización Colegial de Enfermería (OCE)

Ever José López Cantero
Psicólogo - Doctor en Psicología
Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic)

María Del Pilar Charris Lozano
Médica psiquiatra. Experta Independiente

José Francisco Cepeda Torres
Médico psiquiatra. Experto Independiente

Nohora Cristina Guavita Rozo
Enfermera. Experta Independiente

Liliana Romero León
Enfermera. Experta Independiente

Copia No Controlada

Fuerza Ampliada

Juan Carlos Alzate Ángel
Experto Metodólogo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Roselina Herrera Morales
Asistente Administrativo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Jeyson Javier Salamanca Rincón
Coordinador de Calidad y Gestión del Riesgo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Anamaría Ayala Acuña
Corrector de Estilo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Andres Mantilla Meluk
Corrector de Estilo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

William Alfonso Bolivar Romero
Diseñador Gráfico
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Adriana María García Pinzón
Diseñador gráfico
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Andrea Lara Sánchez
Especialista de participación y deliberación
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Lorena Del Pilar Mesa Melgarejo
Experto Cualitativo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud IETS

Sandra Bernal Piratoba
Asistente de participación
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Carlos Hernán Calderón
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud IETS

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este documento técnico.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de autor de este documento pertenecen única y exclusivamente a la Secretaría Distrital de Salud.

Copia No Controlada

TABLA DE CONTENIDO

1 OBJETIVOS 1
1.1 Objetivo general 1
1.2 Objetivos específicos 1
2 ALCANCE 1
3 MARCO LEGAL 2
4 GLOSARIO 6
4.1 Abreviaciones ..... **¡Error! Marcador no definido.**
5 GENERALIDADES 11
5.1 Marco conceptual 19
5.2 Metodología 38
5.3 Lineamiento 39
6 ANEXOS 66
7 BIBLIOGRAFIA 399
8 CONTROL DE CAMBIOS 394

Copia No Controlada

1 OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer las acciones para la valoración inicial y el abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en salud mental.

Objetivos específicos

1. Definir las áreas de la atención que debe abordar el lineamiento para la valoración inicial y el abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en salud mental.
2. Describir y evaluar la evidencia científica disponible sobre valoración inicial y el abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en salud mental.
3. Identificar en la evidencia científica disponible, las acciones para la valoración inicial y el abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en salud mental.
4. Contextualizar las acciones para la valoración inicial y el abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en salud mental, para su aplicación en el distrito.

Copia No Controlada

2 ALCANCE

Teniendo en cuenta que un lineamiento se define como una herramienta para consolidar y difundir las acciones o indicaciones a implementar frente a una situación de salud específica, usando como fundamento las mejores recomendaciones, experiencias y evidencia disponibles en la literatura, este documento propone las acciones e indicaciones que permitan garantizar valoración inicial y el abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en salud mental.

Este lineamiento está dirigido al componente primario de la atención, quienes están involucrados en la valoración integral en salud. De acuerdo con la resolución 3280 de 2018, este grupo está constituido por médicos generales y familiares, médicos especialistas en pediatría, profesionales de enfermería, psicólogos y trabajadores

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

sociales. Sin embargo, como es un lineamiento transversal a todos los actores involucrados en salud mental de niños, niñas y adolescentes puede ser aplicado por distintos profesionales en salud. Incluye también indicaciones dirigidas a pacientes o a cuidadores de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en la salud mental.

Este lineamiento no tratará los siguientes aspectos:

- Acciones propias de especialistas en psicología clínica, psicología clínica infantil, psiquiatría o psiquiatría infantil.

2.1 Preguntas orientadoras

Copia No Controlada

Las preguntas de investigación orientadoras fueron elaboradas de acuerdo con la metodología descrita en el presente documento.

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con las afecciones mentales en niños, niñas y adolescentes?

2. ¿Cuáles son los medios que permiten tamizar trastornos del neurodesarrollo, déficit cognitivo, trastornos del aprendizaje, trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo?

3. ¿Cuáles son las intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

4. ¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

3 MARCO LEGAL

El plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020 de la OMS estableció que, para mejorar el acceso a la atención y la calidad de los servicios, se deberían desarrollar servicios integrales de salud mental que abarquen la asistencia y tratamiento en los servicios de atención primaria con la continuidad asistencial entre diferentes niveles

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

del sistema de salud. Propuso que se privilegiara sistemáticamente la asistencia en centros no especializados, que ofrecieran intervenciones científicamente contrastadas (incluyendo remisión a servicios especializados cuando corresponda) y que permitan gestionar crisis familiares y brindar atención a los pacientes por parte de prestadores primarios de servicios de salud (1).

Dentro de las razones por las cuales se pretende que el prestador primario identifique y realice manejo de depresión y otras enfermedades mentales, se incluye alta tasa de pacientes que consultan a estos servicios poco tiempo antes de suicidarse, bajo acceso del paciente a servicios especializados y alto riesgo de suicidio en pacientes que padecen algún tipo de enfermedad mental (2).

Adicionalmente, la ley 1616 de 2013 estableció como objetivo garantizar el derecho a la salud mental a los colombianos, priorizando niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales, la atención integral con enfoque promocional de calidad de vida, estrategia y principios de atención primaria en salud (3).

Copia No Controlada

Específicamente, para niños, niñas y adolescentes, la ley propende por la integración escolar de niños con trastornos mentales a través de la adaptación de los medios y condiciones de enseñanza y la capacitación de los educadores, contando con apoyo de un equipo de salud interdisciplinario. Además, solicita que los entes territoriales y las administradoras de planes de beneficios deben disponer de servicios integrales en salud mental que garanticen la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil acceso a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental (3).

Por otro lado, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (4). En el marco de este estatuto, el Ministerio de Salud y Protección Social promulgó la Resolución 2626 de 2019, que modificó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población. Además, la resolución adopta el Modelo de Acción Integral Territorial

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

(MAITE), el cual orienta, de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito (5).

También, con el objetivo de cumplir las disposiciones del gobierno en cuanto a prestación de servicios de salud, en 2016, la resolución 3202 adoptó el manual metodológico para desarrollar e implementar las rutas integrales de atención en salud (RIAS). En esta resolución se definen tres tipos: *RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud*, la cual comprende acciones sectoriales e intersectoriales para intervenciones individuales y colectivas dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo y la enfermedad y generar cultura de cuidado de la salud; *RIAS de grupos de riesgo*, que busca identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación; y *RIAS para eventos específicos*, las cuales se definen a partir de eventos específicos priorizados por cada grupo de población a riesgo e incorporan actividades a realizar en el entorno de las personas, prestadores primarios o complementarios con relación a tratamiento, rehabilitación y paliación (6).

Copia No Controlada

La valoración de salud mental de niños, niñas y adolescentes está contemplada en la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, que se encuentra enmarcada en la resolución 3280 de 2018. En esta, se establecen atenciones por momento de vida: primera infancia, infancia y adolescencia.

Se detalla que para cada grupo etario se debe realizar una valoración física y motora, socio emocional y cognitiva, teniendo en cuenta una inespecífica variedad de factores de riesgo o antecedentes. Además, la RIAS determina que quienes deben realizar esta valoración integral son profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, y para aquellos niños con mayor riesgo se debería contar con apoyo de especialidad de pediatría (7).

De acuerdo con los hallazgos en anamnesis, se recomienda derivar a otras RIAS específicas como la de población en riesgo y víctima de violencia en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales, la de exposición al riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, y la de problemas y trastornos mentales y epilepsia (7).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

La última RIAS mencionada contempla que el prestador de salud primario capte pacientes canalizados desde entornos familiares, comunitarios, otras RIAS, entornos escolares y laborales y los valore teniendo en cuenta la guía de intervención del programa de acción para superar las brechas en salud mental (GI-MhGAP por sus siglas en inglés) para los trastornos mentales, neurológicos, y por consumo de sustancias en el nivel de atención en salud no especializada (8,9).

La GI-MhGAP hace parte de un programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, que busca que profesionales de la salud no especializados se capaciten y proporcionen servicios de atención en trastornos de salud mental a población que no puede acceder fácilmente a servicios especializados de psiquiatría y neurología. Consta de 10 módulos que incluyen atención y prácticas esenciales de salud; esquema principal que muestra el panorama general de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias; evaluación, manejo y seguimiento para depresión, psicosis, epilepsia, demencia, trastornos por el consumo de sustancias, autolesión y suicidio, otros padecimientos de salud importantes y un módulo específico que se enfoca en trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente (10).

Copia No Controlada

Este último módulo abarca la evaluación y el manejo de trastornos del desarrollo, trastornos conductuales y emocionales de los niños y adolescentes. Además, busca abordar factores psicosociales estresantes y activar apoyos como base fundamental para definir el plan de evaluación y manejo (10).

De acuerdo con todo lo anterior, se observó que aunque hay un marco de referencia establecido para manejo de trastornos mentales en Colombia, no hay lineamientos específicos dirigidos a población de primera infancia, infancia y adolescencia, que contemplen profundamente acciones no solo de promoción y prevención de afecciones mentales, sino que guíen a los prestadores primarios de servicios de salud en valoración inicial y abordaje terapéutico, indiquen el momento adecuado para remitir a los pacientes a servicios especializados y garanticen el seguimiento del paciente.

- Por otro lado, el presente documento está sometido en todas sus partes a la normatividad aplicable a derechos de autor, de propiedad intelectual y derechos morales, conforme lo siguiente:
- Ley 23 del 28 de enero de 1982 - Ley sobre Derechos de Autor.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Ley 1915 del 12 de julio de 2018 "por la cual se modifica la Ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de derecho de autor y derechos conexos".
- Ley 44 de 1993 "por la cual se modifica y adiciona la Ley 23 de 1982 y se modifica la Ley 29 de 1944".
- Ley 599 de 2000 "por la cual se expide el código penal (artículos 257, 270, 271 y 272)".

Lo anterior, sin perjuicio de otras disposiciones concordantes o complementarias.

4 GLOSARIO

Copia No Controlada

Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano (11).

Atención primaria en salud: estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (12).

Componente primario de servicios de salud: es el encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad (13).

Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que: a) la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad; b) la persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte (11).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Factor de riesgo: cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud (14).

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones) (11).

Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independiente de la letalidad del método (11).

Lineamiento: herramienta para consolidar y difundir las acciones o indicaciones a implementar frente a una situación de salud específica, teniendo como fundamento las mejores recomendaciones, experiencias y evidencia disponibles en la literatura.

Población diferencial: el enfoque diferencial implica tener en cuenta particularidades e inequidades dentro de ciertos grupos poblacionales para brindar una adecuada atención, protección y garantía de sus derechos. Pueden agruparse en tres categorías: etapas del ciclo vital-generación (niñas, niños y adolescentes; juventud; adultez y vejez), condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, víctimas de conflicto, habitante de la calle, discapacidad, privación de la libertad, población migrante, recicladores y recicladoras) y los procesos de identidad-diversidad (etnias, identidad, género, orientación sexual, campesinado) (15).

Copia No Controlada

Población vulnerable: de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), “las poblaciones vulnerables son aquellas para las cuales el deterioro de sus condiciones de vida no se materializado aún, sino que aparece como una situación de gran probabilidad en un futuro inmediato a partir de las condiciones de fragilidad que los afecta” (16). La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes (ancianidad, discapacidad, pobreza, grupo étnico) o transitorias (dependencia en niñez, juventud o ancianidad, desplazamiento, población privada de libertad) (16).

Prestador primario de servicios de salud: es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos. Se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario (13).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Psicoeducación: intervención que incluye información sobre la enfermedad y su tratamiento, desarrollo de habilidades y empoderamiento del paciente (17).

Psicoterapia: es una práctica curativa y amorfa que se vale de la palabra y de la relación con un profesional de la salud para darle tratamiento a diferentes problemáticas psicológicas y propiciar, desde allí, las transformaciones psíquicas necesarias para modular o reducir el sufrimiento subjetivo (18).

Salud mental: estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (3).

Copia No Controlada

Tamización: realización de pruebas a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están. Se trata de una actividad de prevención secundaria, cuyo objetivo es la detección precoz de una determinada enfermedad a fin de mejorar su pronóstico y evitar la mortalidad prematura y/o la discapacidad asociada a la misma (19).

Terapia basada en la familia: es una forma de intervención cuyo propósito explícito es la modificación de las interacciones que se producen entre una pareja, una familia nuclear o extensa o entre una familia y otros sistemas interpersonales, con la meta de reducir los problemas presentados inicialmente por los miembros individuales, los subsistemas familiares o la familia completa (20).

Terapia cognitivo – conductual: es una forma de entender cómo piensa una persona acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La terapia congnitivo - conductual puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") la persona y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. Esta terapia se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar el estado anímico ahora (21).

Terapia de juego: es una herramienta terapéutica eficaz que permite a los niños desarrollar habilidades para resolver problemas, adquirir habilidades de afrontamiento

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

apropiadas, ayudarlos a interactuar dinámicamente con su entorno social, y también apoya el proceso de razonamiento (22).

Terapia psicodinámica: consiste en la concepción de que los problemas y trastornos psicológicos, el dolor psicológico o emocional, en general, surgen del conflicto o de la interacción entre fuerzas psicológicas opuestas. En la concepción psicodinámica se concibe a los individuos en un estado natural de continua tensión entre ellos mismos, con el resto de personas con las que se relacionan y con el mundo en general y, en concreto, con su entorno familiar, social y laboral. Estos conflictos internos son el origen fundamental del dolor psicológico y los intentos fallidos para eliminarlo están en la base de las conductas desadaptativas y los síntomas psicopatológicos (23).

Terapia sistémica: la intervención psicoterapéutica que permite trabajar simultáneamente en distintos niveles: individual, familiar y contextual, incluyendo dentro de la intervención, aspectos como la aceptación de búsqueda de ayuda y organización de la vida a partir del evento traumático, construcción de un nuevo estilo de vida, generación de redes sociales, consolidación de afectos personales, generación de vínculos interinstitucionales y redes de trabajo conjuntos, así como la modificación de constructos cognitivos, entre otros (24).

Copia No Controlada

4.1 Abreviaciones

ABA	Análisis Conductual Aplicado
AN	Anorexia Nerviosa
BN	Bulimia Nerviosa
CBCL	Inventario de Comportamiento de Niños
CBTD	Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico
CD-CL	Conduct Disorder Checklist
CES-D	Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
CES-SI	Escala para ideación suicida del Centro de Estudios Epidemiológicos
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades. Versión 10
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades. Versión 11

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CIE-A	cuestionario de intimidación escolar abreviado
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Quinta edición
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
ECA	Encuesta de comportamiento alimentario
ECSA	*Early Childhood Screening Assessment*
ECG	Electrocardiograma
ERS	Escala para evaluar Riesgo Suicida
ESJ	Encuesta de Salud Juvenil
GI-mhGAP	Guía de Intervención del Programa de Acción Para Superar las Brechas en Salud Mental
GPC	Guía de Práctica clínica
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IMC	Índice de Masa Corporal
LGBTIQ	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Intersexual, Queer
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
MASC	Escala de Ansiedad Multidimensional para la Infancia
mhGAP	*Mental Health Gap Action Programme*
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
RIAS	Ruta Integral de Atención en Salud
RPMS	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RPyTME	Ruta para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia
RQC	*Reporting Questionnaire for Children*
RSL	Revisión Sistemática de la Literatura
SCARED	Escala de Ansiedad Infantil
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SM	Salud Mental
SPA	Sustancias Psicoactivas
SRQ	*Self Report Questionnaire*
TB	Trastorno Bipolar
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TCC	Terapia Cognitivo – Conductual
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Copia No Controlada

5 GENERALIDADES

La salud mental es definida, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, lo que a su vez le permite hacer una contribución a su comunidad (25). Según la ley 1616 de 2013, la salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (3).

Más de mil millones de personas en todo el mundo se vieron afectadas por trastornos mentales o adictivos en 2016 lo que representa cerca del 16% de la población mundial. Además, aproximadamente 162,5 millones de años de vida ajustados por

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

discapacidad se perdieron debido a los trastornos mentales. De estos años, alrededor de dos tercios fueron atribuidos a depresión, ansiedad y uso de drogas y alcohol (26).

Cuando se hace referencia a infancia y adolescencia, se considera que estar mentalmente sano significa alcanzar los indicadores del desarrollo y los indicadores emocionales, así como también aprender destrezas sociales saludables y saber cómo enfrentar los problemas que puedan presentarse. Es claro que los niños que son mentalmente sanos tienen una calidad de vida positiva y pueden desempeñarse bien en el hogar, la escuela y sus comunidades (27).

El espectro de afecciones mentales en niños, niñas y adolescentes es amplio e incluye trastornos emocionales como ansiedad y depresión, trastornos psicóticos, trastornos de conducta, afecciones como discapacidades del aprendizaje y del desarrollo, y factores de riesgo como consumo de sustancias psicoactivas y autolesiones (28).

Copia No Controlada

Se ha reportado prevalencia de trastornos mentales en NNA de países de medios y bajos ingresos que va de 1,81% a 39,4%. Este rango tan amplio se atribuye a la diversidad de metodologías utilizadas en los estudios, a la exposición a diferentes factores de riesgo y factores protectores y al contexto cultural en el cual ocurren los problemas de salud mental (29).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 estimó que, en niños de 7 a 11 años, los cuidadores percibieron trastornos mentales en el último año en 4,7% de la población infantil (IC95%: 3,6 - 6,2). Al discriminar por tipo de trastorno, se observó que la ansiedad general se reportó en 2% de los niños (IC95%: 1,2 – 3,2), la depresión en 0,1%, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en 3%, el trastorno negativista desafiante en 0,4% y los trastornos de conducta en 0,2% de los niños. En los últimos 30 días, la prevalencia de trastornos en general fue de 3% (IC95%: 2,2 – 4,0), la prevalencia del trastorno de ansiedad, el TDAH, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de la conducta fue 1,0%, 2,3%, 0,4% y 0,2%, respectivamente (30).

La misma encuesta encontró que en los últimos 12 meses 4,4% (IC95%: 3,3 – 5,7) de los adolescentes presentaron algún trastorno mental. Alrededor del 1%, se atribuyó a trastornos depresivos, mientras que cualquier trastorno de ansiedad fue reportado en el 3,5% de los adolescentes y trastornos afectivos en 1,2%. En los últimos 30 días, la prevalencia de trastornos en general fue de 2,5% (IC95%: 1,7 – 3,6), la prevalencia

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

del trastorno de ansiedad, el trastorno afectivo y el trastorno depresivo fue 2,3%, 0,2% y 0,1%, respectivamente (30).

El estudio tamiz de salud mental realizado en Bogotá encontró que 46,3% de los adolescentes reportó entre 1 y 3 síntomas del *Reporting Questionnaire for Children* (RQC). Entre los síntomas más reportados se listó: dolor de cabeza frecuente (23,1%), problemas para aprender matemáticas (19,4%), asustarse sin razón (18,7%) y problemas para mantener la atención (18,1%). En la población infantil, el 53,4% reportó por lo menos 1 síntoma y los más frecuentes fueron lenguaje anormal (24,3%), asustarse sin razón (20,4%), jugar poco con otros niños (18,5%) y dolores de cabeza frecuentes (12,4%) (31).

Conocer la prevalencia de los problemas de salud mental es el primer paso para determinar la magnitud del problema; sin embargo, también es determinante la detección de factores que incrementan el riesgo de trastornos para poder realizar intervenciones tempranas y reducir el impacto de estos desórdenes (29).

Copia No Controlada

Por un lado, los factores de riesgo asociados a la salud mental de los niños, como embarazo no deseado, consanguinidad o paternidad adolescente, podrían llegar a ser identificados desde el periodo preconcepcional en los futuros padres. También, observar pobre desempeño académico en los niños se ha asociado con bajos niveles de hemoglobina materna en el periodo prenatal y perinatal. Por otro lado, el máximo desarrollo cerebral y los patrones de regulación emocional se establecen en edades tempranas, por lo cual, aspectos como estimulación inadecuada, deficiencia de hierro y yodo, exposición a violencia, salud mental de la madre, entre otros, podrán limitar el potencial de los niños (29).

Así mismo, niños que son criados por padres que responden a sus necesidades emocionales y que tienen acceso a herramientas como educación y redes de apoyo, tendrán factores protectores que reducen la posibilidad de desarrollar desórdenes mentales (29).

Otro punto crítico en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes lo configura la actual pandemia de coronavirus. El aislamiento impuesto en la mayoría de los países, las restricciones de contacto y el cierre económico cambiaron la configuración psicosocial de la población. En NNA, la ansiedad, la falta de contacto con sus compañeros y la desregulación emocional representan grandes preocupaciones. Igualmente, hay mayor riesgo de enfermedades mentales en los padres, violencia

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

doméstica y maltrato infantil, que complican el panorama. Ante esta situación, los servicios de salud deben garantizar la atención integral de esta población con trastornos mentales en todas las fases de la pandemia (32).

Adicionalmente, hay que tener en cuenta que en el manejo integral de los trastornos mentales hay retos por superar. Por ejemplo, se ha documentado un acuerdo deficiente entre médicos de atención primaria y equipo de salud mental al momento de clasificar aspectos como el riesgo de suicidio. También, en un estudio los médicos generales se quejaron cuando no intervinieron los servicios especializados en el manejo de pacientes con alteraciones de salud mental, o cuando el proceso de remisión obstaculizó el acceso a servicios especializados. Esto implica facilitar herramientas o estrategias para evaluar riesgos y realizar trabajo colaborativo entre prestadores primarios y complementarios (33).

Copia No Controlada

De acuerdo con lo anterior, se ha determinado que fundamentar una estrategia para la gestión del riesgo en salud mental es determinante para el aseguramiento en salud ya que reducir la aparición de desenlaces negativos evitables influencia positivamente la cobertura del seguro de salud y el costo por asegurado. Además, la gestión del riesgo permite reducir indicadores de morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable, lo que repercute en la reducción de la carga de enfermedad y facilita una adecuada gestión de la salud pública. Igualmente, gestionar el riesgo en salud mental permite reducir costos tanto de eventos agudos como de la atención de condiciones crónicas y sus secuelas (34).

Otra ventaja al abordar los factores de riesgo es poder establecer una herramienta ordenada para planear de manera integral e integrada las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud. Esto obliga a hacer corresponsables a todos los involucrados (incluyendo al paciente, la familia y la comunidad de referencia) y a integrar aspectos del sujeto vulnerable y el entorno amenazante, aspectos biofísicos con aspectos psicosociales y aspectos subjetivos e interaccionales con determinantes del contexto (34).

Por otro lado, el suicidio es la muerte derivada de la utilización de cualquier método con evidencia implícita o explícita de que fue autoinfligida y con la intención de provocar el propio fallecimiento (35). Uno de los factores de riesgo para el suicidio es padecer alteraciones en la salud mental. Una revisión sistemática encontró en población general asociación entre el suicidio y trastornos mentales con un riesgo relativo (RR) de 7,5 (IC95% 6,6 – 8,6), entre suicidio y trastornos del estado de ánimo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

con un RR de 12,3 (IC95% 8,9 – 17,1) y entre suicidio y trastornos de ansiedad con un RR de 4,1 (IC95% 2,4 – 6,9) (36).

En Colombia, la tasa de suicidio se incrementó desde 2013 con 4,42 x 100.000 habitantes a 5,07 x 100.000 habitantes en 2016. Una conducta íntimamente ligada es el intento de suicidio, el cual, especialmente en los adolescentes de 15 a 19 años mostró un incremento progresivo en la tasa, pasando de 2,53 x 100.000 habitantes en 2009 a 114,45 x 100.000 habitantes en 2016. Se observó también que 35,4 % de pacientes con trastorno depresivo, 9,1% de pacientes con otros trastornos psiquiátricos y 6,6% de pacientes con abuso de sustancias psicoactivas efectuaron intentos de suicidio (35).

Según información de Saludata, en Bogotá, la tasa de intento de suicidio en menores de 18 años se redujo entre 2015 y 2021; no obstante, en el primer semestre del 2021, se han contabilizado más de la mitad de los casos del mismo periodo de 2020, por lo que se espera que 2021 finalice con más casos que los últimos años. Además, de los casos notificados en el primer semestre de 2021, 73,8% se han reportado en jóvenes de 14 a 17 años y el 72,2% en mujeres. Dentro de los factores de riesgo que se han detectado se reportan problemas con el grupo primario de apoyo, problemas en la relación con los padres y familiares políticos y aspectos relacionados con la crianza (37).

Copia No Controlada

Con relación al intento de suicidio, se ha documentado que los profesionales de atención primaria suelen tener una relación establecida con los pacientes y una comprensión más completa de sus antecedentes de salud. Debido a esto, es posible que cuando los pacientes se exponen a factores estresantes que pueden precipitar comportamientos suicidas, busquen ayuda de prestadores primarios de servicios de salud (38).

Los estudios muestran que entre el 80% y el 90% de los fallecidos suicidas aumentaron su contacto con los profesionales de la atención primaria en el año y meses anteriores a su suicidio, y el 44% de los que murieron por suicidio tuvieron contacto con prestadores primarios de atención en su último mes de vida. Según la edad, se encontró que 71% de las personas menores de 25 años tuvieron contacto con prestadores primarios en los 12 meses previos al suicidio (39). Esta situación representa una oportunidad para establecer estrategias de detección e intervención temprana de factores de riesgo, que puedan ser llevadas a cabo por personal de atención primaria, con el fin de evitar desenlaces fatales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Se hace énfasis en que los prestadores primarios de servicios de salud deben estar alerta ante posibles ideas suicidas entre pacientes que padezcan depresión o factores de riesgo como intentos previos de suicidio, historia de autolesiones, abuso de sustancias y enfermedades crónicas (40). Para fortalecer las capacidades del personal de los prestadores primarios, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) presentan las indicaciones de atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería, para primera infancia (hasta 5 años), infancia (6 a 11 años) y adolescencia (12 a 17 años).

Específicamente, la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud establece que, para los tres grupos etarios, los objetivos se centran en valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo y social); identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o remitirlos para manejo oportuno, al igual que detectar tempranamente alteraciones de la salud y del crecimiento y desarrollo; finalmente, potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños mediante información en salud con padres o cuidadores (7).

Copia No Controlada

La anamnesis para la primera infancia debe incluir consulta sobre antecedentes médicos, familiares, progreso en hitos del desarrollo, alimentación, funcionalidad familiar, crianza, redes de apoyo, entre otros. Para la valoración del desarrollo se propone usar la Escala Abreviada del Desarrollo-3 y el test *m-Chat* para tamizaje de autismo y ante resultados anormales, se debe remitir a pediatría o el pediatra debe remitir a otras especialidades. Adicionalmente, se proponen temas generales para brindar educación en salud individual, familiar y grupal, y finalmente el plan de cuidado se indica de acuerdo con la patología diagnosticada (7).

En la anamnesis de la infancia ya se deben contemplar RIAS alternas en caso de consumo de sustancias psicoactivas o de conducta suicida, convulsiones o ausencias y en caso de exposición a violencia interpersonal o sexual. Se debe indagar sobre dificultades en el aprendizaje y rendimiento escolar, aplicar el cuestionario *Goodenough Harris* para identificación de déficit cognitivo y remitir a pediatría en caso de resultados anormales. También, se realiza el instrumento de tamización *Reporting Questionnaire for Children* (RQC) para identificar trastornos mentales. Los planes de educación en salud individual, familiar y grupal y de cuidado también se adaptarán al problema de salud detectado (7).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Para los adolescentes, se introduce un objetivo relacionado con la concertación con el paciente del plan de cuidado que se establecerá. Se hace énfasis en reconocer la autonomía del paciente dando espacios de privacidad, pero también de participación del acudiente. Se debe consultar sobre la vivencia de la sexualidad, hábitos alimentarios y prácticas saludables. El examen físico debe contemplar funciones cognitivas, identidad y autonomía, y evaluar la presencia de lesiones físicas por exposición a diferentes tipos de violencia o autoinflingidas. Si hay riesgo en salud mental, se debe aplicar el RQC para adolescentes, entre 12 y 15 años, y el *Self Report Questionnaire* (SRQ) a partir de los 16 años. Ante consumo de sustancias psicoactivas se debe aplicar el *Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) y de alcohol, el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). En caso de alteraciones en las evaluaciones, se debe hacer la remisión a las RIAS respectivas.

Dentro de estas RIAS, la de problemas y trastornos mentales y epilepsia busca garantizar el derecho a la salud mental de los individuos, las familias y las comunidades, reducir la morbilidad y mortalidad generada por estos eventos e integrar las intervenciones individuales, familiares, colectivas, poblacionales y de gestión requeridas para el abordaje oportuno, integral e intercultural de pacientes con estos trastornos (41).

Copia No Controlada

La RIAS de promoción y mantenimiento de la salud está articulada con la RIAS de problemas, trastornos mentales y epilepsia, de tal manera que la primera se convierte en la puerta de entrada y posteriormente orienta a la segunda, a los pacientes con afectaciones mentales o con factores de riesgo, que se han identificado por cualquier medio diagnóstico o de tamización. Además, los pacientes pueden captarse desde otras rutas de Grupo de Riesgo, desde la demanda espontanea a servicios de salud o desde otros sectores del territorio como el sector educativo, laboral, servicios de protección social, entre otros. Posterior a la captación de las personas o familias afectadas, se establecen las intervenciones poblacionales (relacionadas con formulación de políticas), colectivas (enfocadas en el entorno del hogar, comunitario, educativo y laboral informal) e individuales (acciones del componente primario y complementario orientadas al manejo y resolución de problemas psicosociales o trastornos mentales en personas y familias) (41).

Esta RIAS de salud mental está enmarcada en tres tramos que tienen claramente delimitadas las intervenciones y los responsables. En primer lugar, se encuentra el tramo de problemas mentales cuyos objetivos son fortalecer las capacidades de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales, y mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas con problemas y sus familias. A partir de allí, se proponen actividades lideradas por psicólogos, enfermeras, auxiliares, terapeutas ocupacionales, gestores comunitarios, cuidadores, trabajadores sociales, entre otros, en pro de alcanzar los objetivos (42).

En segundo lugar, el tramo de trastornos mentales y del comportamiento busca fortalecer capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales; garantizar el manejo oportuno, integral e integrado de trastornos y patologías mentales; y mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas con problemas y trastornos mentales y la de sus familiares. Aquí se cuenta con el apoyo de los actores mencionados en el tramo anterior, pero adicionalmente se suman los esfuerzos de médicos generales, psiquiatras, nutricionistas, químicos farmacéuticos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, educadores, terapeutas de lenguaje y ayudas diagnósticas como laboratorio clínico e imagenología (42).

Copia No Controlada

En tercer lugar, el tramo de epilepsia tiene como objetivo garantizar el manejo oportuno, integral e integrado de la epilepsia en el ámbito ambulatorio del componente primario de atención. En este tramo, médicos de especialidades como neurología, neuropediatría, medicina interna o pediatría son responsables adicionales para el cumplimiento de este objetivo (42).

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en conjunto con el IETS desarrolló el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención Integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista (TEA) en 2015. Este protocolo, a través de sus tres ejes fundamentales (signos de alarma para la sospecha de alteraciones del desarrollo, criterios diagnósticos para el trastorno del espectro autista, y tratamiento no farmacológico del TEA basado en el análisis conductual aplicado (ABA)) busca disminuir la variabilidad clínica injustificada en las intervenciones terapéuticas dirigidas a las personas con diagnóstico de TEA, así definir que es el análisis conductual aplicado, indicaciones y estructura para su aplicación en el sistema de salud, dirigido a las personas con diagnóstico de TEA y así elaborar una ruta de atención integral en salud para las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista (43).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.1 Marco conceptual

El espectro de afecciones mentales en niños, niñas y adolescentes es amplio e incluye trastornos emocionales como ansiedad y depresión, trastornos psicóticos, trastornos de conducta, afecciones como discapacidades del aprendizaje y del desarrollo, y factores de riesgo como consumo de sustancias psicoactivas y autolesiones (44). Si bien en este lineamiento se hizo la búsqueda de factores de riesgo para afecciones en salud mental en general (pregunta 1), la búsqueda de medios diagnósticos, intervenciones integrales y estrategias de psico-educación (preguntas 2 a 4) se enfocaron en trastornos de depresión, ansiedad, déficit cognitivo, trastornos del aprendizaje, autismo, déficit de atención con hiperactividad y trastornos de la conducta.

Copia No Controlada

Estos trastornos se encuentran, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades en su versión 11 (CIE-11), en los capítulos correspondientes a trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (6B), trastornos depresivos (6A70-73), trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo (6A00: trastornos del desarrollo intelectual; 6A03: trastorno del desarrollo del aprendizaje; 6A05: Trastorno por hiperactividad con déficit de la atención; 6C90: trastorno desafiante y oposicionista; 6C91: trastorno de comportamiento disocial) (45). O en la versión anterior de la clasificación internacional (CIE-10) en el capítulo 5 en la sección F30 - F39 trastornos del estado de ánimo, F41 otros trastornos de ansiedad, F50 trastornos de la conducta alimentaria, F70 – F79 discapacidad intelectual, F81 trastornos específicos del desarrollo de habilidades escolares, F84 trastorno autista, F90 trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y F91 trastornos de conducta (46).

En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en cuarta edición (DSM IV), se incluyeron en los capítulos trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia (retraso mental, trastornos del aprendizaje, trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador) (47). En su quinta edición (DSM V), estos trastornos aparecen en los capítulos correspondientes a trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos del neurodesarrollo (entre los cuales está discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual, trastorno por déficit de atención/hiperactividad y trastorno específico del aprendizaje) y trastornos disruptivo, del control de impulsos y de la conducta (entre los cuales está el trastorno negativista desafiante, explosivo intermitente y trastornos de la conducta) (48).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

A continuación, se presenta una descripción de la categoría en la que se clasifica cada uno de los trastornos, además de una síntesis de la epidemiología, historia natural, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Así mismo, se presenta un apartado correspondiente a suicido como uno de los desenlaces cuya incidencia se busca reducir con la implementación del lineamiento.

Depresión y otros trastornos del estado de ánimo

Los dos principales trastornos afectivos mayores son el trastorno bipolar, caracterizado por períodos de manía y depresión que se van alternando, y la depresión unipolar, la cual puede ser continua o puede remitir (49).

De acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su quinta edición (DSM V) (48), entre los trastornos del estado de ánimo están: trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y, trastorno depresivo no especificado.

Copia No Controlada

El trastorno depresivo es el trastorno de ánimo más importante en niños y adolescentes (50,51). Además un gran número de adolescentes que han presentado un episodio depresivo sufrirán uno o más episodios en la edad adulta (52).

La depresión en edades tempranas es muy importante dado que podría convertirse en un problema de salud pública, ya que sería la principal causa de discapacidad por enfermedad a nivel mundial entre las edades de 10 hasta los 24 años y es un factor de riesgo de suicidio en adolescentes, una de las principales causas de muerte en este grupo de edad (53,54). El trastorno depresivo de inicio temprano es un conjunto de síntomas persistentes provocando cambio significativo en el funcionamiento del paciente y se asocia con disminución en el rendimiento académico, disminución de relaciones interpersonales y riesgo de padecer abuso de sustancias (55,56). La identificación temprana y el tratamiento pueden reducir el impacto negativo de la depresión sobre el funcionamiento social, familiar y académico del paciente; sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes con depresión no son diagnosticados y hasta el 60% de ellos no reciben tratamiento (57).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

El trastorno afectivo bipolar (TB) se caracteriza por tener episodios recurrentes de depresión o de manía, que se turnan con períodos de eutimia o con episodios afectivos subsindrómicos. Es una de las principales causas de discapacidad en los adultos jóvenes ya que conduce a deterioro funcional y cognitivo. Se reporta aumento en la mortalidad asociado con suicidio y con comorbilidades como problemas metabólicos y cardiovasculares (58).

El inicio del trastorno bipolar en la infancia no es habitual, pero aumenta su incidencia en la adolescencia y termina siendo más frecuente en los adultos. Sin embargo, en las últimas décadas ha aumentado el interés por el TB de inicio en la infancia y la adolescencia(59).

Epidemiología

Copia No Controlada

Cerca de un tercio de los adolescentes que acuden a consulta con prestadores primarios de servicios de salud presenta alteraciones del ánimo. La depresión antes de los 12 años es menos común que en la adolescencia y se asocia con peor pronóstico (53). La prevalencia se comporta de una forma diferente a nivel mundial. En Estados Unidos (EU), se ha estimado una prevalencia de depresión de 3,2%, para niños de 3 – 17 años, siendo de 0,08% entre 3 y 5 años, 1,7%, de 6 a 11 años y 6,1% de 2 y 17 años (60).

El *National Institute of Mental Health,* basados en los criterios DSM-V (48), indica que la prevalencia a fecha de 2017 en Estados Unidos era de 13,3% (3,2 millones de adolescentes) y 0,4% si se trataba de un episodio depresivo con afectación grave. Además, la prevalencia de un episodio depresivo mayor fue del 20% en mujeres y 6,8% en varones (61). La prevalencia de la depresión en niños de 3 – 17 años se estima para EU en 3,0% en el sexo masculino y 3,3% en el femenino (60). La prevalencia del trastorno bipolar (TB) se estima en 0,6% para TB tipo I y 0,4% para el tipo II, cerca del 1,4% para síndromes bipolares subumbrales y hasta el 2,4% para el espectro bipolar, incluyendo el TB no especificado (62).

Durante la pandemia por covid-19, se ha observado un aumento de la prevalencia de síntomas depresivos en niños, que se ha estimado en 25,2% (IC95% 21% - 30%), siendo 22% en Asia, 28% en Norte América y 34% en Europa (63).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, 80,3% de colombianos entre 12 y 17 años reportaron de 1 a 3 síntomas de depresión, 15,8% reportaron 4 a 6

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

síntomas y 3,9% reportaron más de 7 síntomas (en esta categoría fueron las niñas las que más los reportaron) (30). En la misma encuesta se reportó que para Bogotá cerca de 15% de la misma población reportó de 4 a 6 síntomas de depresión.

La bodega de datos del SISPRO muestra que, entre 2009 y 2017, asistieron a consulta por esta causa 141.364 personas de 0 a 19 años (Códigos CIE10 F32 y F33), en promedio se atendieron 15.707 por año y el año en que más población se atendió fue 2017, con 24.554 pacientes. Además, el 59,3% de los NNA atendidos fueron de sexo femenino. El tipo de depresión más frecuentemente diagnosticado fue el episodio depresivo moderado, con el 32,7% de los casos. El grupo de 15 a 19 años fue el más afectado por la enfermedad (64).

Historia natural, diagnóstico y pronóstico

Copia No Controlada

La presentación clínica de la depresión es muy heterogénea, la cual tiene múltiples síntomas y conductas que pueden iniciar desde síntomas leves hasta un episodio depresivo severo, entre los cuales está la afectación en el cambio de humor, pensamiento y actividad, produciendo deterioro en la funcionalidad personal y social del individuo (65).

En EU, se evidenció para 2016, la presencia en niños de síntomas depresivos durante el último año de 13%, correspondiendo a 5% en niños de 12 años, 13% a niños de 14 años y 17% a niños de 17 años de edad. Los síntomas iniciales de la depresión mayor puede ser insomnio o hipersomnia, pérdida o ganancia de peso, dificultad para concentrarse, pérdida de interés en la escuela, deportes u otras actividades que previamente se disfrutaban, incremento de la irritabilidad, tristeza o sensación de pérdida de valor (66).

La depresión en jóvenes se presenta en menor frecuencia con síntomas psicóticos como lo son los episodios de delirios y alucinaciones, siendo la prevalencia del 9% en niños y 15% en adolescentes (67). Cerca de 21% de los adolescentes presentan alucinaciones, 11% alteraciones del pensamiento y 6% ideas delirantes, por lo anterior, síntomas psicóticos indican mayor gravedad y peor pronóstico de la enfermedad (68). Cerca del 50% de los adolescentes con depresión son diagnosticados antes de llegar a la edad adulta y aproximadamente el 60% no recibieron ningún tratamiento (65).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Entre los factores de riesgo para sufrir depresión se ha reportado: tener un episodio depresivo anterior o un familiar de primer grado con depresión, estresores interpersonales y familiares, estilos de afrontamiento negativos, padecer una enfermedad crónica, historia previa de ansiedad, TDAH, o problemas de aprendizaje (53).

El suicidio es una de las consecuencias más importante en los adolescentes, cerca del 90% de los adolescentes con trastornos psiquiátricos y depresivos intentan suicidarse, además el 15,8% de los jóvenes consideraron en algún momento suicidarse. El suicidio es menos frecuente en menores de 14 años, con una prevalencia de 1,5 por 100.000 habitantes, incrementando la prevalencia, en los jóvenes en edades entre los 10 y 14 años (53).

El TB es multifactorial. Por una parte, es un trastorno psiquiátrico que puede ser heredable, pero que también depende de la interacción entre genes y medio ambiente (69). La genética del TB es de gran complejidad e involucra múltiples genes, incluidos CACNA1c, SCN2A, SLC4A1, GRN2A y RIMS1, AN3 (70). Por otra parte, otros modelos patofisiológicos del TB consideran anormalidades en las regiones cerebrales implicadas en la regulación de la emoción y atención. De igual forma se han encontrado alteraciones en los tractos de materia blanca y disminución del volumen de sustancia gris en los lóbulos temporal y parietal (71).

Copia No Controlada

De igual forma, para diagnosticar la depresión se tiene la clasificación DSM-5 en la cual se define un trastorno depresivo mayor como “el cuadro clínico más grave dentro de los trastornos depresivos. Se caracteriza por un cambio persistente del ánimo que está presente la mayor parte del día y casi todos los días, durante un período de al menos 2 semanas. Este cambio del ánimo se manifiesta en forma de: 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o placer. Para el diagnóstico es necesario al menos cuatro síntomas adicionales: pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o ideas de muerte o de suicidio recurrentes” (48).

Tratamiento

El tratamiento de la depresión en niños y adolescentes consiste en psicoeducación y psicoterapia, además de tratamiento farmacológico o la combinación de las anteriores intervenciones (66).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

La psicoeducación del paciente y la familia es importante para que ambos conozcan en qué consiste la enfermedad. Se debe explicar con detalle los signos y síntomas depresivos, el curso clínico de la enfermedad, el riesgo de recurrencia, las opciones de tratamiento y las indicaciones para los padres (72). La psicoterapia, como la cognitiva-conductual, es efectiva en el tratamiento de la depresión en adolescentes (73).

Finalmente, el tratamiento farmacológico incluye inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina y el escitalopram (66). Existen otros antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (mirtazapina y bupropión).

El tratamiento del TB debe ser integral dado su impacto en el desarrollo normal del menor. Contempla tratamientos psicoterapéuticos como los psicoeducativos, pero en el tratamiento agudo de episodios maníacos y mixtos están indicados los antipsicóticos, como olanzapina, risperidona, aripirazol, quetiapina, ziprasidona y asenapina, con una respuesta variable entre el 4-64%, con reportes de recaída a 1 – 2 años de aproximadamente 40% – 60% (66). Para el mantenimiento a largo plazo, el aripiprazol, así como el litio, quetiapina y ácido valproico son base para el tratamiento (74).

Copia No Controlada

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se refieren a manifestaciones principales como el miedo, provocado por un malestar subjetivo, que obliga al individuo a evitar o dejar de realizar actividades apropiadas según su grupo de iguales y reduce de forma significativa la adaptación a su entorno afectando su mundo familiar, escolar y/o social (48).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo y ansiedad infundados y poco realistas, tensión, exceso de actividad del sistema nervioso neurovegetativo, expectación de un desastre inminente y estado de alerta continuo ante el peligro (49). Si bien la ansiedad es normal y adaptativa, incluyendo niños y adolescentes y ciertos períodos del desarrollo, cuando es persistente, excesiva y ocurre en contextos inapropiados, puede causar malestar significativo o deterioro en la funcionalidad diaria (75).

Entre los trastornos de ansiedad, el DSM V (48) menciona para este grupo de trastornos: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado.

Aunque los síntomas suelen ser diversos y producir preocupación en los padres, entre las manifestaciones típicas en edades tempranas está la evitación de tareas apropiadas para la edad o excesivos síntomas físicos como dolores de cabeza, mareos, dolor de estómago. Por lo tanto, suele recomendarse hacer una evaluación clínica amplia que dé cuenta de la asociación entre síntomas y estrés psicosocial, incluyendo la historia médica y la historia familiar de enfermedad psiquiátrica y abuso de sustancias (76).

Copia No Controlada

Epidemiología

En Estados Unidos, se estima una prevalencia de ansiedad en niños del 7,2%, siendo de 1,3% en el rango de edad de 3 – 5 años, de 6,6% de 6 – 11 años, y de 10,5% de 12 – 17 años. En cuanto al sexo, la prevalencia para los niños se estima en 6,9% y para las niñas en 7,3%(60).

En la encuesta Nacional de Salud Mental, se encontró que, de la población colombiana entre 12 y 17 años, 37,1% presentó entre uno y dos síntomas de ansiedad, 11,6% presentó de 3 a 4 síntomas y 4,3% presentó más de 5 síntomas. Estas situaciones suelen ser reportadas con mayor frecuencia por las mujeres (30). Por su parte, en el estudio tamiz de salud mental de Bogotá, se concluyó que alrededor de la quinta parte de la población infantil del distrito podría manifestar posibles trastornos de ansiedad (31).

Historia natural, diagnóstico y pronóstico

Se han descrito múltiples factores de riesgo para los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, se considera que la genética es determinante, ya que se reporta una mayor heredabilidad en trastornos como la agorafobia (43%), el trastorno de pánico (43%), las fobias específicas y el trastorno de ansiedad generalizado (20-30%) (77).

Por un lado, se reporta que los cromosomas 14p y 16q se relacionan con el riesgo de trastornos fóbicos. También, los diversos polimorfismos de los genes para el factor neurotrófico cerebral o BDNF *(brain-derived neurotrophic factor),* relacionado con la neuroplasticidad cerebral de las vías dopaminérgicas y serotoninérgicas y situado en

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

el cromosoma 11p13, muestra evidencia en favor de la etiología genética para los trastornos fóbicos (78).

Por otro lado, se ha descrito que la salud mental materna durante la gestación afecta el desarrollo fetal y el desarrollo cognitivo y emocional del bebé a corto y a largo plazo, es decir, hijos de maternas con ansiedad y depresión presentan un mayor riesgo de experimentar síntomas internalizados a lo largo de la infancia y adolescencia (79,80).

Además, al momento de nacer o pocas semanas después, el neonato muestra conductas de apego determinadas biológicamente, como son el llanto, el grito, la sonrisa, la succión, la capacidad de seguimiento y agarre y la adaptación al abrazo, que emite como señales hacia sus cuidadores para llamar su atención y precipitar su respuesta. La relación materno fetal sirve para garantizar las necesidades inmediatas del bebé, pero sienta los cimientos para un buen desarrollo posterior cognitivo, social y afectivo (81). Se ha descrito que una conducta maternal, limitada, poco sensible, poco respondedora o inconsistente hacia las necesidades del bebé está relacionada con el establecimiento de un vínculo inseguro o ansioso, el cual se asocia a un estilo conductual basado en la resistencia a la separación de sus cuidadores y en conductas evitativas de los estímulos ambientales (82).

Copia No Controlada

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la ansiedad y la depresión comparten ciertos orígenes comunes y son los sucesos ambientales de peligro o de pérdida los que modulan la expresión de la vulnerabilidad hacia una u otra. Exponer individuos desde una edad temprana, de forma crónica y repetida, a acontecimientos vitales estresantes o a entornos impredecibles, puede predisponer el desarrollo de trastornos de ansiedad en general (83).

También, dado el incremento de la prevalencia de los trastornos de ansiedad durante la adolescencia se han contemplado posibles implicaciones de los cambios hormonales que ocurren en la pubertad (84).

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad se realiza por medio de evaluaciones, tales como: cuestionario de ansiedad por separación en la infancia (CASI), cuestionario de ansiedad por separación de inicio temprano (CASIT), *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS), *Generalized anxiety disorder severity scale* (GADSS), escala de ansiedad social (EDAS), *Fear survey shedule for children* (FSSC-II) y *selective mutisme questionnaire* (SMQ), las cuales son herramientas útiles para el diagnóstico de crisis de ansiedad (85–90).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tratamiento

El tratamiento inicial de este tipo de trastornos es psicológico, basado en la terapia cognitivo conductual. De igual forma, la psicoeducación es otro pilar importante que ha mostrado de forma favorable, la necesidad de aplicación en niños, niñas y adolescentes. Adicionalmente, la administración de medicamentos debe ser considerada en algunos casos, en los cuales se utiliza sertralina, antidepresivos tricíclicos, imipramina y benzodiacepinas (91).

Trastornos del neurodesarrollo

Los trastornos del neurodesarrolllo son definidos como un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo, caracterizados por deficiencias en el desarrollo que producen limitaciones en áreas específicas o limitaciones globales (49).

De acuerdo con el DSM V (48), se clasifican como trastornos del neurodesarrollo las discapacidades intelectuales (discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual, retraso global del desarrollo, discapacidad intelectual no especificada), los trastornos de la comunicación (trastorno del lenguaje, trastorno fonológico, trastorno de la fluidez de inicio en la infancia, trastorno de la comunicación social y , trastorno de la comunicación no especificado), el trastorno del espectro del autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores y otros trastornos del desarrollo neurológico.

Copia No Controlada

Los problemas del aprendizaje se refieren al desarrollo inadecuado en un área específica de habilidades académicas, lingüísticas, del habla o motoras, no debidas a algún trastorno físico o neurológico o escasas oportunidades de educación. Los niños poseen una inteligencia promedio o superior, pero tienen problemas para aprender alguna habilidad específica (49).

Epidemiología

Se ha descrito que afectan cerca al 15-20% de la población infantil, constituyendo un motivo de consulta frecuente en la niñez y la adolescencia (92). Algunos estudios describen que el 16% de los niños tienen algún tipo de trastorno y que solo el 40% se detectan en periodo escolar. También, se reporta prevalencia de 1 - 3% para retraso mental, 3 - 6% para trastorno del habla y lenguaje, 1,6% para discapacidad auditiva infantil, 0,2 - 0,3 % para parálisis cerebral infantil. Para trastorno del desarrollo de la

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

coordinación se reporta 6%, para discapacidad visual 0,1 - 0,4% y finalmente para trastorno del aprendizaje 5 - 10% (93).

La Encuesta Nacional de Salud Mental reportó que 19,6% de la población colombiana infantil presentaba síntomas de lenguaje anormal y 7,6% parecía retardado o lento para aprender, siendo el porcentaje de este último síntoma mayor en niños que en niñas (30). En el estudio tamiz de salud mental de Bogotá, se encontró que cerca de una cuarta parte de la población infantil del distrito podría presentar dificultades de aprendizaje (31).

Historia natural, diagnóstico y pronóstico

Se describen siete categorías de los trastornos del neurodesarollo: discapacidades intelectuales, trastorno de la comunicación, trastorno del espectro autista, por déficit de atención/ hiperactividad, trastorno especifico del aprendizaje, trastornos motores y otros trastornos del neurodesarrollo (92).

Copia No Controlada

Los trastornos del neurodesarrollo se diagnostican cuando la deficiencia está afectando las capacidades mentales generales, como razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y aprendizaje de las experiencias. Es difícil lograr que el paciente alcance la autonomía social y la adaptación en contexto social con respecto a las competencias académicas y laborales, ya que la discapacidad intelectual comienza en fases tempranas en el período del desarrollo en el cual incluye limitaciones del funcionamiento intelectual (92).

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos del neurodesarrollo es multimodal e incluye aspectos educativos, farmacológicos, terapia psicológica, familiar y ocupacional (92).

El apoyo familiar es determinante para orientar al paciente con respecto a los servicios de salud, estimular la comunicación y prevenir complicaciones médicas y psiquiátricas. De igual forma, el apoyo educativo está enfocado en el proceso de inclusión del menor para alcanzar las expectativas del paciente. Así, los programas específicos deben estar constituidos por psicología, neurología, psiquiatría, nutrición entre otras profesiones (92).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Trastorno del espectro autista

El autismo es un conjunto de alteraciones heterogéneas a nivel del neurodesarrollo que inicia en la infancia y permanece durante toda la vida. Implica alteraciones en la comunicación e interacción social y en los comportamientos, los intereses y las actividades (94).

Las personas con autismo tienen perfiles cognitivos atípicos, de modo que puede observarse alteración de la cognición y de la percepción social, además de disfunción ejecutiva y procesamiento de la información atípico. Estos perfiles se basan en un desarrollo neuronal anormal en el que la genética, junto con factores ambientales, desempeña un papel clave en la etiología. La evaluación debe ser multidisciplinaria y la detección temprana es esencial para una intervención rápida, que debe estar dirigida a mejorar la comunicación social y reducir la ansiedad y la agresión (94).

Epidemiología

La prevalencia mundial está alrededor del 1%. Se da más frecuentemente en hombres que en mujeres, en una relación 4:1, aunque se ha observado que las mujeres con autismo tienden a expresar un mayor compromiso cognitivo (94). En Colombia, no se reportan estudios que describan la epidemiología del autismo (95).

Copia No Controlada

Historia natural, diagnóstico y pronóstico

Para autismo, el protocolo del Ministerio de Salud recomienda evaluar los signos de alarma para sospechar una posible alteración del desarrollo en las esferas de comunicación social e intereses restringidos y conductas repetitivas. Estos signos podrán ser evaluados a nivel comunitario (cuidadores, educadores, psicólogos, auxiliares de salud pública, entre otros) y en las consultas de programas como crecimiento y desarrollo, por parte de médicos generales, enfermeras, pediatras, entre otros, así como en cualquier contacto que tenga con el sistema de salud. Así mismo, el protocolo recomienda realizar la evaluación de signos de alarma hasta llegar a la edad de 18 años (43).

Respecto al diagnóstico, el protocolo recomienda que la confirmación de TEA se realice por un grupo interdisciplinario de profesionales en el cual participen: neuropediatría o psiquiatría infantil, para establecer el diagnóstico confirmado con valoración por psicólogo clínico, y terapeuta de lenguaje para establecer de manera

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

conjunta el nivel de compromiso del niño e instaurar la terapia. Es necesario realizar la evaluación de posibles diagnósticos diferenciales (43).

El pronóstico del autismo es aparentemente impredecible. Algunos niños pueden llegar a alcanzar un desarrollo en el cual los síntomas son casi imperceptibles. Otros desarrollan habilidades funcionales después de un tratamiento intenso con terapia conductista. Por otro lado, muchos individuos autistas requieren ser cuidados de por vida y otros nunca desarrollan lenguaje oral. La terapia parece no tener efecto alguno en ciertos casos y mientras que, algunos autistas adultos parecen mejorar en su funcionamiento al pasar el tiempo, otros reportan que se vuelven “más autistas” (96).

Tratamiento

Copia No Controlada

Para el TEA no existen tratamientos farmacológicos que demuestren efectividad para el tratamiento curativo o para el control de los síntomas nucleares, soportados en evidencia científica. Existen terapias farmacológicas dirigidas al tratamiento o manejo de síntomas asociados o comorbilidades como hiperactividad, depresión, convulsiones, entre otras. Se recomienda que el tratamiento sea interdisciplinario. Entre los profesionales que realizan la atención a las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista se encuentran: pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil, psicólogo clínico, profesional con formación en análisis del comportamiento, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajador social (43).

El protocolo recomienda que la terapia para las personas con diagnóstico de TEA debe estar orientada a la identificación e intervención de la conducta, la comunicación y la convivencia, a través de intervenciones comportamentales, educativas y psicosociales. Para lo anterior, el protocolo recomienda emplear diferentes estrategias o programas de intervención, como los métodos conductuales y de comunicación, que son aquellos que proporcionan estructura, dirección y organización como complemento de la participación de la familia, dentro de ellos se encuentra el análisis conductual aplicado (ABA) (43).

Trastornos de la conducta

La categoría de trastornos de la conducta incluye aspectos tales como: agredir, mentir, destruir, vandalizar, hurtar y faltar a clases, siendo el denominador común la violación de normas sociales y los derechos de los demás (97). Dentro de los trastornos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

destructivos del control de los impulsos y de la conducta, el DSM V (48) incluye el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de la conducta, el trastorno de la personalidad antisocial, piromanía, cleptomanía, otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado y no especificado.

Epidemiología

La prevalencia de los trastornos de conducta en la adolescencia se sitúa entre el 4 y el 18%. Aunque una proporción importante de los mismos comienzan precozmente, la sintomatología tiende a ser más importante y grave después de los 13 años. Es más frecuente en el sexo masculino y en ellos la expresión sintomatológica es más grave y aparece en edades más tempranas (98).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) presenta una prevalencia en niños y adolescentes entre el 2 y 10%; otros estudios calculan la prevalencia de TDAH en niños escolares en 6% y en menores de 18 años en 5% (99). La frecuencia estimada del trastorno negativista desafiante se encuentra entre el 3 y el 8% (98).

Copia No Controlada

En la Encuesta de Salud Mental de 2015, se reportó una prevalencia de trastornos de la conducta en general de 0,2% en los últimos 12 meses para población colombiana entre 7 y 11 años. Además, se estableció una prevalencia de TDAH de 3% y trastorno negativista desafiante de 0,4% en la misma población (30).

Historia natural, diagnóstico y pronóstico

Existen múltiples factores implicados que están interrelacionados y que se potencian entre sí. Se sabe que 3 de cada 4 casos diagnosticados de trastorno de conducta en el adolescente corresponde a sexo masculino lo cual se atribuye a factores hormonales y temperamentales, además de los factores culturales. También, el temperamento de algunos niños puede condicionar la aparición de problemas de conducta, especialmente cuando existe hiperreactividad emocional o poca cordialidad y la genética puede estar implicada en el desarrollo de alguno de estos trastornos (98).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) habitualmente se diagnóstica en la niñez y a menudo dura hasta la adultez. Los niños con TDAH pueden tener problemas para prestar atención, controlar conductas impulsivas (pueden actuar sin pensar cuál será el resultado) o ser excesivamente activos (100). Se caracteriza

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

por tres síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Si no se diagnóstica a tiempo, tiende a ocurrir un deterioro de las relaciones sociales, surgir peleas o rechazo por parte del grupo. Pueden aparecer conductas delictivas y consumo de sustancias tóxicas. Por causa del déficit de atención, se pierde la concentración y al final sobreviene el retraso escolar (98).

El trastorno negativista desafiante se expresa con un patrón de comportamiento desafiante, hostil y negativista hacia las figuras de autoridad, junto con discusiones, negativa a cumplir las responsabilidades y enfados con otros niños o con los adultos. Para considerar su diagnóstico, estas conductas tienen que crear dificultades en varios contextos (p. ej., en casa y en el colegio) durante al menos 6 meses. La edad de aparición se encuentra sobre los 8–10 años. Es más frecuente entre el sexo masculino hasta la pubertad y los niños son más propensos a desafiar activamente y su conducta es más desorganizada, mientras que, las niñas son propensas a desafiar pasivamente (ignorando o negándose) (98).

Copia No Controlada

Para establecer el diagnóstico se deben realizar entrevistas clínicas a los padres y al paciente, obtención de información escolar, revisión de antecedentes familiares y personales, y exploración física y psicopatológica del paciente. Además, es posible utilizar escalas o cuestionarios de manera complementaria, aunque nunca deben de sustituir al criterio clínico. También son útiles, pero no imprescindibles, otros exámenes, como la valoración neuropsicológica, que pueden aportar datos sobre las capacidades y dificultades cognitivas o la evaluación psicopedagógica para establecer las características de aprendizaje (98).

Tratamiento

El tratamiento para el trastorno de conducta es multifacético e implica el tratamiento de comorbilidades, apoyo familiar, intervenciones psicosociales y farmacoterapia para algunos pacientes. Aunque el médico general puede ser el punto de contacto inicial para la familia, es útil derivar al paciente de inmediato a un psicólogo para intervenciones psicosociales y a un psiquiatra para el tratamiento de comorbilidades psiquiátricas (101).

El médico debe enfatizar los beneficios de la reducción general del estrés en el hogar, la calidez en las interacciones de los padres con el niño y evitar la disciplina severa. La participación en deportes puede reducir la asociación entre el trastorno de conducta y el comportamiento antisocial del adulto y podría considerarse una intervención para

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

reducir los síntomas del trastorno de conducta. Adicionalmente, las intervenciones psicosociales se consideran como la opción de primera línea para desordenes de conducta que persisten después que se han tratado las comorbilidades (101).

Trastornos alimentarios

Los TCA son patologías complejas y multideterminadas que se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo o una franca distorsión de la imagen corporal, acompañados de restricción voluntaria de la ingesta o la presencia de episodios de atracones de comida que causan un gran sufrimiento y afectación de la salud y la calidad de vida. Básicamente, son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracones de alimentación y el trastorno de conducta alimentaria no especificado (30).

Copia No Controlada

La característica central de la AN es la búsqueda deliberada de pérdida de peso con dietas restrictivas y evitando los alimentos que conducen a un peso por debajo de lo esperado para la talla y la edad. En la BN, la persona, además de restringir, hace episodios de atracones de comida ingiriendo grandes cantidades de alimentos calóricos en poco tiempo con sensación de pérdida de control y, usualmente, comportamientos compensatorios posteriores como inducción del vómito, abuso de laxantes, diuréticos o ejercicio. En el trastorno por atracones de alimentación, el individuo realiza atracones frecuentemente pero no compensa restringiéndose o purgándose, por lo cual el comportamiento conduce a un aumento en el riesgo de obesidad si se mantiene en el tiempo (30).

Epidemiología

Según la encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, 9,1% de población colombiana entre los 12 y 17 años reportó alguna conducta de riesgo alimentario y 2,2% reportó dos o más conductas de riesgo alimentario. Entre las conductas específicas, se reportó la prevalencia de conductas de dieta en 2,7% de la población mencionada, 2,1% presentó malestar con el acto de comer y 6,1% reportó atracones (30).

Historia natural, diagnóstico y pronóstico

Las influencias socioculturales entorno a la idealización de la delgadez contribuyen a la insatisfacción corporal, las prácticas de dietas y el ayuno. La preocupación por el cuerpo, el peso y las formas corporales resultan ser factores de riesgo para padecer algún tipo de trastorno alimentario. Adicionalmente, la exposición a medios de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

comunicación y redes sociales puede provocar alteraciones de la imagen corporal (102).

Aunque toda la población está expuesta a un ideal de delgadez, hay diferencias individuales que hacen más vulnerables a ciertas personas para desarrollar un trastorno alimentario. Aspectos genéticos, biológicos, psicológicos y contextuales que interactúan entre si pueden contribuir a desencadenar conductas alimentarias indeseables. Por ejemplo, el perfeccionismo puede contribuir al mantenimiento de un trastorno al adherirse a reglas estrictas sobre la alimentación y al ser extremadamente críticos si no se logra conseguir el cuerpo ideal. También, comorbilidades como depresión pueden desencadenar estas enfermedades (102).

Tratamiento

Copia No Controlada

El objetivo inicial con los pacientes con trastornos alimentarios es motivarlos para llevar a cabo un tratamiento, reconocer que están enfermos y establecer una buena relación con el equipo terapéutico. Posteriormente se busca disminuir o eliminar la ansiedad frente al peso y la comida, normalizar los hábitos alimentarios, modificar distorsiones cognitivas en relación con la conducta y el peso, disminuir las alteraciones de la imagen corporal, incrementar la autoestima y mejorar el estado de animo y las habilidades sociales y eliminar las conductas compensatorias. Finalmente, se busca eliminar otras conductas patológicas como autolesiones o ideación suicida, intervenir en cualquier problema personal y psicopatología asociada y prevenir recaídas (103).

El uso de farmacoterapia no es necesario en muchos casos y no se recomienda como único tratamiento, sino siempre unido a la terapia psicológica. El tratamiento es largo y complejo pero el paciente puede superar el trastorno. Además, se requiere de un equipo multidisciplinario para manejar tanto el trastorno alimentario como las complicaciones físicas derivadas de la alimentación inapropiada. También, se requiere psicoeducación y favorecer el apoyo familiar para el acompañamiento del paciente (103).

Suicidio

El suicidio supone uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial con una tasa global de 16 por cada 100.000 habitantes, siendo cerca de 800.000 las personas que se suicidan cada año en todo el mundo. El suicidio se convierte así en una de las primeras causas de muerte para la población adolescente a nivel mundial,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

y es necesario tener en cuenta que la frecuencia de la conducta suicida aumenta con la edad (104).

Epidemiología

Un estudio epidemiológico conducido en 101 países, entre 2000 y 2009, encontró que 14,7% de los suicidios ocurrían en niños de 10 a 14 años de edad, correspondiendo al 61% de las muertes por causas externas en este grupo de edad en Noruega (105). Se estima que un 8,5% de todas las muertes en jóvenes de 15 a 29 años ocurren por esta causa (77).

El suicidio y los intentos de suicidio son raros en los niños menores de 10 años (sin casos reportados en Alemania para 2017), posiblemente por la falta de madurez cognitiva requerida para preparar un intento exitoso (107).

La frecuencia de suicidio es mayor en el sexo masculino, en el que se presentaron el 76% de los casos en Alemania en 2017. En contraste, las adolescentes y mujeres jóvenes (14 – 24 años) tuvieron mayor frecuencia de ideaciones (OR 1,7; p<0,001) e intentos suicidas (OR 1,7; p<0,5) en comparación con los hombres (107). De acuerdo con la OMS, la tasa estandarizada a nivel mundial es 2,3 veces mayor en hombres que en mujeres (108).

Copia No Controlada

Los adolescentes que intentan suicidarse tienen una mayor probabilidad de muerte por suicidio a lo largo de la vida, y la mayoría de las personas que consideran o intentan suicidarse lo harán por primera vez antes de los 20 años (109).

Según cifras de la OMS, la tasa de suicidios fue de 9,0 por 100.000 habitantes, variando de acuerdo con el país de 2 a 80 por 100.000 habitantes, siendo los países de bajos y medianos ingresos donde se registran la mayor parte de las muertes por esta causa (77%) (108).

Un estudio mostró una tasa de suicidio en los menores de 14 años cercana al 0,6 por cada 100.000 habitantes, mientras que, en los adolescentes entre 15 y 19 años, la tasa alcanzó a 7,4 por cada 100.000 habitantes (109).

En general, los adolescentes no heterosexuales (LGBTIQ) presentan una mayor prevalencia de ideación suicida e intento de suicidio que los jóvenes heterosexuales (78). Adicionalmente, los recursos más comunes de suicidio son: asfixia, sobredosis/ingestión de sustancias psicoactivas y armas de fuego. Por ejemplo, en

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

EE. UU el método suicida más frecuente fue el uso de armas de fuego (55,4%) y el envenenamiento (34,1%) (111).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental encontró una proporción de ideación suicida de 6,6% en adolescentes, con mayor porcentaje para mujeres (7,4% vs 5,7%) comparadas con los hombres. El plan suicida se reportó en 1,8% de los adolescentes y el paso a intento de suicidio de dio en el 2,5% de los adolescentes (30).

Historia natural, diagnóstico y pronóstico

Cuando se describen ideas de suicidio, podrían manifestarse de diferentes formas, desde ideas pasivas, como “desearía estar muerto”, “ojalá me durmiera para siempre”, “ojalá Dios me lleve con él”, hasta ideas activas como querer acabar con la vida o llegar a planificar maneras de suicidarse (111). El intento de suicidio es aquella conducta autodirigida y potencialmente agresiva para, de manera deliberada, terminar con la propia vida, pero el resultado de esta acción no es letal; el paciente puede tener o no lesiones asociadas (111). El suicidio consumado es una actuación auto infligida cuyo resultado es la muerte en el contexto de una intención de muerte evidente (explícita o implícita).

Copia No Controlada

Se describe que cerca del 90% de los adolescentes que consumaron un suicidio presentó un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte; y, hasta el 70%, presentaban más de un trastorno psiquiátrico (112). También, el 80% de los adolescentes que realizaron un intento de suicidio presentaron un trastorno psiquiátrico en el momento del intento (113). Diversos estudios han mostrado que los trastornos mentales en niños están asociados a suicidio, evidenciando TDAH en la mitad de los casos, mientras que un tercio tuvieron desorden de personalidad antisocial, depresión o problemas de consumo de alcohol (63).

Un estudio realizado en Alemania reportó que el 25,6% de personas entre 13 y 25 años hospitalizados bajo tratamiento psiquiátrico tuvieron un intento de suicidio (93).

Se estima que cerca del 30% de las personas que se suicidaron habían realizado intentos de suicidio previos, y ya con el primer intento, se estima que se incrementan hasta 20 veces las probabilidades de realizar un nuevo intento (94).

Cuando se analizan las causas de suicidio, por una parte, la depresión es el diagnóstico más frecuente en adolescentes con suicidio consumado. Además, el

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

trastorno depresivo aumenta cinco veces el riesgo de suicidio, especialmente en el sexo femenino y en personas con un trastorno de ansiedad generalizada o un trastorno psicótico (95).

Por otra parte, el abuso de sustancias es el segundo trastorno psiquiátrico más frecuente en las víctimas de suicidio de la población pediátrica, ya que en cerca del 27-62% de estos pacientes, sobre todo varones a partir de los 16 años, aumenta el riesgo de suicidio unas ocho veces. Alrededor del 50% de los suicidios consumados y el 30% de los intentos están relacionados con el abuso de alcohol. El tabaco y el abuso de otras sustancias podría elevar el riesgo de comportamientos suicidas (96).

Tratamiento

El tratamiento de los pacientes con intento de suicidios se ha descrito como urgente y debe fortalecer una alianza terapéutica entre el niño y sus padres. No existe tratamiento farmacológico específico para la conducta autolesiva pero la intervención dialéctico conductual es un tipo de psicoterapia cognitivo-conductual desarrollada sobre la hipótesis de que el comportamiento suicida responde a soluciones desadaptativas. De igual forma, la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitiva basada en la familia son herramientas importantes para el manejo oportuno de este desenlace (97).

Copia No Controlada

5. 2 Metodología

La descripción completa de la metodología se encuentra disponible en el anexo 1. El desarrollo del presente lineamiento incluyó las siguientes fases:

5.2.1 Construcción de preguntas de investigación orientadoras del lineamiento:

a lo largo de encuentros entre los referentes de la Ruta Integral de Atención en Salud correspondiente y el grupo desarrollador, se plantearon preguntas y el alcance inicial, los cuales fueron validados en una reunión que contó con la participación de expertos clínicos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud: Sur, Norte, Sur Occidente y Centro Oriente y representantes de las sociedades de los pacientes, entre otros. En la reunión se discutieron, ajustaron y consensuaron las preguntas de investigación orientadoras definitivas. Ver anexo 2.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.2.2 Búsqueda y selección de la evidencia: para identificar estudios y documentos relevantes que respondieran a las preguntas de investigación orientadoras planteadas, se realizó una búsqueda sistemática de literatura, de acuerdo con lo propuesto por el Manual para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del IETS (98). Se consultaron las bases de datos electrónicas Medline, Embase, Cochrane, Epistemonikos y Lilacs. Adicionalmente, se realizó la búsqueda de literatura gris a través de Google Académico. Se realizó una búsqueda general para identificar Guías de Práctica Clínica publicadas durante los últimos 5 años y otra búsqueda para identificar revisiones sistemáticas de la literatura. Cuando fue necesario, se realizaron búsquedas independientes de revisiones sistemáticas para cada pregunta. En el anexo 3 se presentan los algoritmos de búsqueda utilizados por cada base de datos, en el anexo 4, el diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia y en el anexo 5, el listado de documentos incluidos y excluidos.

Copia No Controlada

5.2.3 Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos y perfiles de evidencia tablas GRADE: las Guías de Práctica Clínica seleccionadas se calificaron en su calidad metodológica en la plataforma del instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Agree) plus*. Este instrumento califica las guías teniendo en cuenta seis dominios. Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que alcanzaron mínimo el 60% en el dominio tres, de rigor de desarrollo y alcanzaron independencia editorial en el dominio seis.

Las revisiones sistemáticas se calificaron con el instrumento *Risk of Bias of Systematic* Reviews (RoBIS) que clasifica estos estudios de acuerdo con el riesgo de sesgo como bajo, poco claro y alto. Se incluyeron las revisiones sistemáticas con riesgo de sesgo bajo. Los detalles de esta valoración se presentan en el anexo 6. A las revisiones sistemáticas, se les calificó la certeza de la evidencia para cada uno de los hallazgos reportados mediante la plataforma de la herramienta Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) siendo clasificada la evidencia como alta, moderada, baja y muy baja. Esta información se puede consultar en el anexo 7.

5.2.4 Síntesis de la evidencia: a partir de las referencias seleccionadas, se resumió la evidencia que daba respuesta a cada una de las preguntas de investigación orientadoras. El detalle de esta síntesis se presenta en el anexo 8.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.2.5 Definición del lineamiento: inicialmente, con base en la mejor evidencia disponible y la experiencia del experto clínico del grupo desarrollador, el grupo desarrollador organizó la información que se consideró relevante y se formuló el lineamiento preliminar de acuerdo con las preguntas orientadoras. Este lineamiento preliminar se llevó a una reunión de consenso formal en la cual participaron expertos clínicos, representantes de las sociedades de pacientes y demás actores que serán impactados por el lineamiento. Esta información se presenta detallada en el anexo 9. Luego de discusiones clínicas entre los asistentes sobre el lineamiento y luego de incluir todos los ajustes que se consideraron pertinentes por los asistentes, el lineamiento se votó, por cada pregunta, en una escala de acuerdo de 1 a 9. Se consideró consenso para el lineamiento cuando la mediana de la votación o el 80% de los votos, en cada pregunta, estuvo entre 7 y 9. Esta información se presenta en el anexo 10.

Copia No Controlada

5.3 Lineamiento

El lineamiento se construyó a partir de la síntesis de la evidencia y un consenso de expertos en el que se hicieron ajustes de acuerdo con el contexto del distrito.

Para cada pregunta orientadora se presentan las acciones y, en algunos casos, se acompaña de cuadros con consideraciones adicionales (cuadros grises, sobre documentos normativos que deben tenerse en cuenta) o con recomendaciones concretas para la aplicación de las mismas (cuadros azules).

Pregunta orientadora 1.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con las afecciones mentales en niños, niñas y adolescentes?

1. Se debe indagar sobre los siguientes factores de riesgo para afecciones en salud mental en niños, niñas y adolescentes:

Primera infancia:	• Factores de riesgo psicosociales como: dificultades económicas de los familiares o cuidadores, presencia de trastornos mentales o consumo de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días	sustancias psicoactivas de padres o cuidadores principales; pertenecer a población vulnerable: en situación de desplazamiento de su lugar de origen (forzado o por catástrofes naturales); niños acompañantes de mujer en privación de libertad en centro carcelario, población perteneciente a algún grupo diferencial (población LGBTIQ, minorías étnicas, discapacidad física o cognitiva). • Aspectos de crianza como sobreprotección o abandono o formas de maltrato infantil que incluyen violencia intrafamiliar, exposición a pornografía, abuso sexual, discriminación por género, maltrato físico, por negligencia en los cuidados básicos, maltrato emocional o psicológico. • Si han enfrentado duelo por la muerte de los padres, cuidadores, seres queridos o mascotas; eventos indeseables recientes de la vida como el divorcio o la separación de los padres, cambio de escuela, llegada de un nuevo hermano o una experiencia muy decepcionante o traumática.
Infancia: de 6 a 11 años, 11 meses y 29 días	• Dificultades reiterativas o persistentes para afrontar problemas. • Factores de riesgo psicosociales como: dificultades económicas de los familiares o cuidadores de los niños, niñas y adolescentes, presencia de trastornos mentales o consumo de sustancias psicoactivas de padres o cuidadores principales; población vulnerable: en situación de desplazamiento de su lugar de origen (forzado o por catástrofes naturales); niños en abandono, niños bajo medidas de protección o seguridad, población perteneciente a algún grupo diferencial (población LGBTIQ, minorías étnicas, discapacidad física o cognitiva). • Aspectos de crianza como sobreprotección o abandono o formas de maltrato infantil que incluyen violencia intrafamiliar, exposición a pornografía, abuso sexual, discriminación por género, maltrato físico, por negligencia en los cuidados básicos, maltrato emocional o psicológico. • Si han enfrentado duelo por la muerte de los padres, cuidadores, seres queridos o mascotas; eventos indeseables recientes de la vida como el divorcio o la separación de los padres, cambio de escuela, llegada de un nuevo hermano o una experiencia muy decepcionante o traumática. • Tabaquismo, consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. • Si en los entornos escolares está ocurriendo cualquier tipo de violencia como intimidación o acoso entre iguales, amenazas, luchas o agresiones con o sin armas.
Adolescencia: de 12 a 17 años	• Dificultades reiterativas o persistentes para afrontar problemas. • Factores de riesgo psicosociales como: dificultades económicas de los familiares o cuidadores de los niños, niñas y adolescentes, presencia de trastornos mentales o consumo de sustancias psicoactivas de padres o cuidadores principales; población vulnerable: en situación de

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	desplazamiento de su lugar de origen (forzado o por catástrofes naturales); niños en abandono, niños bajo medidas de protección o seguridad, adolescentes embarazadas entre 14 y 17 años, población perteneciente a algún grupo diferencial (población LGBTIQ, minorías étnicas, discapacidad física o cognitiva). • Aspectos de crianza como sobreprotección o abandono o formas de maltrato infantil que incluyen violencia intrafamiliar, exposición a pornografía, abuso sexual, discriminación por género, maltrato físico, por negligencia en los cuidados básicos, maltrato emocional o psicológico. • Si han enfrentado duelo por la muerte de los padres, cuidadores, seres queridos o mascotas; eventos indeseables recientes de la vida como el divorcio o la separación de los padres, cambio de escuela, llegada de un nuevo hermano o una experiencia muy decepcionante o traumática. • Tabaquismo, consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. • Si en los entornos escolares está ocurriendo cualquier tipo de violencia como intimidación o acoso entre iguales, amenazas, luchas o agresiones con o sin armas.

Copia No Controlada

2. Ante el hallazgo de uno o más factores de riesgo se sugiere atención por el psicólogo o trabajador social de atención primaria.

3. El perfil de riesgo debe registrarse en la historia clínica de los niños, niñas y adolescentes. Si se encuentra un factor de riesgo para un trastorno especifico (ver punto 4 en adelante) debe hacerse tamización específica para ese trastorno.

Consideraciones adicionales

- El registro de riesgo en la historia clínica debe incluir el factor de riesgo específico, si usó algún instrumento y el resultado específico.
- De acuerdo con la resolución 3280:
  - Si identificó algún factor de riesgo para desarrollar trastornos de salud mental, debe orientar a la *Ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia*.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Si identificó algún factor de riesgo relacionado con exposición a violencias, debe derivarse a la *Ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales*.
- Si identificó exposición al riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en los padres, se debe derivar a los padres a la *Ruta integral de atención para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones*.
- Si se identificó lesiones por consumo de SPA, se debe derivar al niño o niña a la *Ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones*.

Copia No Controlada

Trastornos de ansiedad

4. Indagar por pacientes que evitan la escuela, actividades sociales o de grupo, o que en situaciones sociales son irritables y/o excesivamente tímidos.

5. Preguntar por cambios en el rendimiento académico o en actividades que realizaba anteriormente, a causa de ansiedad o miedo.

Trastorno de depresión

6. El personal de salud debe indagar por antecedentes de episodios depresivos previos, antecedentes familiares, otros trastornos psiquiátricos, quejas somáticas frecuentes.

Trastornos de conducta

7. El personal de salud debe indagar por antecedentes familiares como ingesta de alcohol, tabaquismo y en general antecedentes perinatales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Conducta suicida

8. Indagar sobre principales factores de riesgo para conducta suicida:

- Antecedentes personales como episodios depresivos, intentos de suicidio, consumo de alcohol, abuso de sustancias psicoactivas o comorbilidades psiquiátricas como trastorno bipolar, esquizofrenia o depresión.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Antecedentes de suicidio en el entorno social o escolar.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

9. Indagar si las siguientes condiciones están presentes pues se consideran factores de riesgo para el TDAH en niños, niñas y adolescentes:

- Nacidos pre termino.
- Institucionalizados.
- Diagnosticados con trastorno opositor desafiante.
- Diagnosticados con trastorno de conducta o con trastornos del estado de ánimo.
- Presencia de familiar cercano diagnosticado con TDAH.
- Antecedente patológico personal de epilepsia, trastornos del neurodesarrollo (espectro autista, discapacidad intelectual), trastornos de aprendizaje y trastornos por tics.
- Antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas.
- Reportados por el sistema de justicia juvenil
- Antecedente patológico personal de lesión cerebral adquirida.

Trastornos de la conducta alimentaria

10. Indagar en niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años, que en el examen físico evidencie no progresión de la talla o cambios abruptos en el peso, la inconformidad de ellos con su figura o cambios en alimentación con la intención de perder de peso.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta orientadora 2.

¿Cuáles son los medios que permiten tamizar trastornos del neurodesarrollo, déficit cognitivo, trastornos del aprendizaje, trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo?

Trastornos generales

1. Si se sospecha alguno de los siguientes trastornos en niñas, niños y adolescentes, como a sus padres o cuidadores (en los casos que aplique) podrá emplear escalas[1] validadas como medio de tamización.

Trastorno de ansiedad

2. Evaluar e indagar por signos y síntomas de alarma en niñas, niños y adolescentes por ejemplo: irritabilidad; cambios en actividades sociales o escolares; timidez, hiperactividad; malestares de tipo gastrointestinal (disminución o aumento de ingesta con repercusión en el peso), respiratorio (sensación de ahogo), autolesiones, dificultad para poner atención, concentrarse y tomar decisiones (cefalea y tensión muscular); regresión del desarrollo; problemas en el sueño: insomnio de conciliación o inicio tardío, sonambulismo, despertares nocturnos; preocupación excesiva por su rendimiento escolar, deportivo, así como de su propia seguridad, la de su familia y/o temor a conocer gente nueva, al rechazo de sus amigos y a estar lejos de sus figuras representativas ya sean los padres o cuidadores.

3. Se podrán emplear cuestionarios de psicopatología general (RQC) para la tamización de comorbilidades psiquiátricas.

Trastornos de conducta

[1] Ejemplos de escalas: ansiedad: Escala de Ansiedad Infantil (SCARED) o Escala de Ansiedad Multidimensional para la Infancia (MASC); depresión: BECK/ CDI; TDHA: Test de Conners; trastorno de conducta: cuestionarios de conducta de Conners.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

4. Descartar que el comportamiento agresivo, autolesión, lesión a otros, ausentismo escolar, conducta desafiante, conductas delictivas (robo), inestabilidad emocional ante determinadas situaciones pueda deberse al uso de sustancias psicoactivas que puedan provocar estos síntomas.

Conducta suicida

5. Indagar sobre la red de apoyo y si es efectiva, preguntar sobre síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), antecedentes de intentos así como eventos estresantes (pérdidas de seres queridos, de la pareja, de grupo, eventos como divorcio de los padres o cambio de cuidadores), establecer si el niño ha tenido cambios en su estado de ánimo, además de dejar de realizar actividades de su gusto y presentar aislamiento social y disponibilidad de métodos auto lesivos (fácil acceso a armas de fuego, objetos cortantes, medicamentos, sustancias tóxicas u otros elementos que puedan representar riesgo).

Copia No Controlada

6. Pregunte directamente por intención de suicidio (ideación o plan estructurado) y en caso de evidenciarla, remitir a urgencias de psiquiatría.

Dificultad en el aprendizaje

7. Si se identifican factores de riesgo, con el propósito de realizar una detección temprana de trastornos del aprendizaje, se puede solicitar a la institución educativa un informe de evaluación psicopedagógica (no exclusivamente cuando la niña, niño o adolescente presenten bajo rendimiento escolar). De considerarse necesario, se recomienda la realización de pruebas cognitivas como instrumento diagnóstico temprano, teniendo en cuenta que la aplicación de éstas en un lapso menor a 12 meses puede afectar la validez de los resultados.

Trastornos de conducta alimentaria

8. Realizar tamización de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes que presenten signos o síntomas al momento de la anamnesis y del

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

examen físico. Se podrán emplear instrumentos de detección[2] para complementar la tamización y realizar remisión de manera inmediata.

9. Realizar tamización en niños, niñas y adolescentes con riesgo de emaciación grave, índice de masa corporal (IMC) o peso corporal inusualmente bajo sin aumento de talla, inconformidad por su figura, antecedentes de prácticas alimentarias restrictivas, si la familia o cuidadores informan de un cambio en el comportamiento alimentario o aislamiento social particularmente en situaciones que involucran alimentos, presencia de trastornos menstruales u otros trastornos endocrinos asociados con bajo peso o distorsión de la imagen corporal, síntomas gastrointestinales inexplicables, signos físicos de desnutrición (que incluyen mala circulación, mareos, palpitaciones, desmayos o palidez) o de comportamientos compensatorios (que incluyen el uso indebido de píldoras laxantes o dietéticas, vómitos o ejercicio excesivo) y desgaste dental atípico (como erosión).

Copia No Controlada

Consideraciones adicionales

- Las escalas que se usen en el ejercicio de tamización deben estar validadas.
- Las escalas que cuentan con estudios de validación en niños, niñas y adolescentes colombianos que recomiendan su uso son:
    - Depresión: Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y su versión breve y ultracorta.
    - Trastornos mentales en general: Cuestionario de Reporte para Niños (RQC), Inventario de Comportamiento de Niños (CBCL) y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), *Pediatric Symptom Checklist, Early Childhood Screening Assessment (*ECSA).
    - Trastornos de la conducta: *Conduct Disorder Checklist* (CD-CL).

[2] Por ejemplo, la escala SCOFF

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Trastornos mentales y conducta suicida: Instrumento de Tamizaje Juvenil (Encuesta de Salud Juvenil ESJ) de la Universidad de Columbia.
- Conducta suicida: Escala de riesgo suicida *Plutchik*, Escala de depresión para ideación suicida del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-SI), Escala para evaluar Riesgo Suicida (ERS).
- Trastornos de la conducta alimentaria: Cuestionario SCOFF, Encue.sta de comportamiento alimentario (ECA).
- Trastornos cognitivos: Escala de *Goodenough – Harris.*
- Déficit de atención e hiperactividad: Escala de *Conners.*
- Desarrollo motor: Escala abreviada del desarrollo e instrumento *Neurosensory Motor Development Assessment.*
- Funcionamiento familiar: APGAR.
- Intimidación escolar: cuestionario de intimidación escolar CIE-A abreviado.

Copia No Controlada

En el Anexo 11 se reportan los estudios de validación de los diferentes instrumentos, los resultados de los estudios y la recomendación sobre su uso.

- En relación con la tamización de trastornos del desarrollo, de acuerdo con la resolución 3280, en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud, la valoración del desarrollo para primera infancia se debe hacer con la aplicación directa de la Escala Abreviada del Desarrollo 3 y el m-Chat (para tamización de autismo); para infancia, el test de la figura humana de Goodenough (para déficit cognitivo).
- La Escala Abreviada del Desarrollo 3 tiene como objetivo determinar si hay rezagos en el desarrollo, hasta los 7 años de edad (120).
- En relación con la tamización para trastornos o problemas mentales, la resolución 3280 indica la aplicación del Reporting Questionnaire for Children

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

(RQC) para infancia y adolescencia hasta los 15 años y el Self Reporting Questionnaire (SRQ para adolescentes mayores de 15 años).

- En relación con la tamización de trastornos de la conducta alimentaria, de acuerdo con la resolución 3280, si se identifica alguna alteración o anormalidad en la valoración nutricional y antropométrica, se debe derivar al niño, niña o adolescente a la RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales o a atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

¿Puede usarse este lineamiento en la realización de intervenciones colectivas?

De acuerdo con la resolución 3280, la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades contempla tres tipos de intervenciones: poblacionales, del PIC (Plan de Intervenciones Colectivas: dirigidas a la familia, grupos de población o comunidades que comparten características o situaciones particulares) e individuales.

Copia No Controlada

Entre las intervenciones colectivas está la tamización en los entornos familiar, educativo e institucional. Se menciona la aplicación de pruebas RQC para detección de trastornos mentales en niños y niñas, así como la aplicación de otras pruebas o instrumentos para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en la población, de acuerdo a las orientaciones que para el efecto establezca el Ministerio y la identificación de personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales y afectaciones psicosociales.

Si bien este lineamiento aplica en el ámbito individual, las acciones a seguir propuestas en este lineamiento para la tamización pueden usarse como parte de esas intervenciones colectivas.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta orientadora 3.

¿Cuáles son las intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Nota: las intervenciones y conductas a seguir que se presentan a continuación deben acompañarse del componente de psicoeducación (ver pregunta 4).

1. Si los niños, niñas y adolescentes están recibiendo tratamiento farmacológico, se debe hacer seguimiento y registrar en la historia clínica cualquier evento adverso y si se presenta o no respuesta.

2. Orientar a los padres o cuidadores acerca de la importancia de su participación activa en el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes.

3. No iniciar tratamiento farmacológico para afecciones de salud mental en niños, niñas y adolescentes en el primer nivel de atención.

Copia No Controlada

Trastorno del espectro autista, trastornos del neurodesarrollo y problemas de conducta

4. No se debe realizar el diagnóstico inicial de trastorno del espectro autista o neurodesarrollo, en niños o jóvenes con sospecha, ni iniciar la medicación. Remitir a especialista para que él realice este proceso.

5. Para el tratamiento no farmacológico, se debe seguir el protocolo de espectro autista del MinSalud (43). No se debe iniciar tratamiento farmacológico en el primer nivel de atención.

6. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe hacer entrenamiento a los padres en habilidades de comunicación efectivas y orientar frente a signos de alarma para consultar en instituciones especializadas o por manejo prioritario.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Consideraciones adicionales

De acuerdo con el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista (43), la confirmación diagnóstica se debe hacer por medio de "un grupo interdisciplinario de profesionales en el que participen neuropediatría o psiquiatría infantil para establecer el diagnóstico confirmado, con valoración por psicólogo clínico y terapeuta del lenguaje, para establecer de manera conjunta el nivel de compromiso del niño e instaurar la terapia".

Ansiedad

7. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe ofrecer a los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de ansiedad alguna intervención de orientación cognitivo-conductual (que incluya aprendizaje de técnicas de relajación, modificación de respuestas fisiológicas y regulación emocional), terapia de juego, terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica o terapia de apoyo, e integrar a los padres o cuidadores permanentes para que apoyen el proceso de la intervención.

Copia No Controlada

8. Proporcionar a los niños, niñas y adolescentes con problemas de sueño o sus acudientes recomendaciones de higiene del sueño y medidas no farmacológicas.

¿Qué acciones se pueden recomendar a los padres o cuidadores si el niño, niña o adolescente con un trastorno emocional?

La guía mhGAP (10) recomienda entre otras las siguientes acciones:

- Abordar situaciones estresantes en el entorno familiar o circunstancias adversas en el entorno escolar.
- Promover la continuación de actividades placenteras y sociales.
- Alentar la práctica de actividades físicas regulares.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Considerar la posibilidad de capacitar a los niñas, niñas o adolescentes en técnicas de relajación como ejercicios respiratorios y relajación muscular progresiva.
- Establecer rutinas predecibles en la mañana y a la hora de acostarse.
- Si hay temores excesivos o poco realistas:
    - Elogiar o dar pequeñas recompensas cuando hacen cosas nuevas o actúan valientemente.
    - Ayudar a enfrentar la situación difícil dando pequeños pasos a la vez.
    - Reconocer los sentimientos y compañeros y alentar a enfrentar temores.
    - Ayudar a crear un plan para enfrentar situaciones temidas en caso de presentarse.
- Explicar que los trastornos emocionales son comunes y que no significa que las personas sean débiles o perezosas.
- Explicar que los pensamientos de desesperanza y falta de valor probablemente mejorarán una vez mejoren los trastornos.
- Concientizar sobre la necesidad de comunicar a una persona de confianza si se tienen pensamientos de autolesión o suicidio y de asistir a consulta para recibir ayuda de inmediato.
- Evaluar las repercusiones psicosociales de los trastornos de los niños, niñas y adolescentes sobre los cuidadores.
- Promover que el cuidador tenga algún relevo en el cuidado.

Copia No Controlada

Depresión

9. El tratamiento farmacológico no se debe usar como tratamiento inicial en niños, niñas y adolescentes con depresión leve.

10. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe ofrecer para el tratamiento inicial de niños y niñas con diagnóstico de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

depresión cualquiera de las siguientes intervenciones: terapia conductual, terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia de juego, terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica o terapia de apoyo.

11. Remitir a psiquiatría infantil a niños, niñas y adolescentes con episodio depresivo mayor, o condiciones de riesgo coexistentes como el abuso de sustancias o psicosis. Si tiene ideas estructuradas de muerte, suicidio o psicosis debe ser remitido a urgencias psiquiátricas.

12. Verificar que se esté realizando el seguimiento que el especialista en salud mental determine.

Copia No Controlada

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

13. Hacer énfasis en la importancia de una dieta balanceada, una buena nutrición y ejercicio regular para los niños, niñas y adolescentes con TDAH.

14. No se debe realizar el diagnóstico inicial de TDAH en niños o jóvenes con sospecha, ni iniciar la medicación. Remitir a neuropediatría o psiquiatría infantil para realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento requerido.

15. Si un paciente menor de edad con TDAH presenta un episodio maniaco o psicótico agudo, debe suspender la medicación inmediatamente y remitir para valoración por urgencias de psiquiatría.

Conducta suicida

16. En caso de ideación suicida en niños, niñas o adolescentes, remitir urgente al servicio de salud mental, si se encuentran: presencia de trastorno mental grave, conducta autolesiva grave reciente, plan de suicidio elaborado, expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista, situación socio-familiar de riesgo o falta de apoyo, duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

17. Luego de un intento de suicidio, evaluar las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de remisión a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones o complicaciones orgánicas.

18. Luego de un intento de suicidio realizar, cuando sea posible, una valoración que incluya: características del intento, intentos auto lesivos previos, factores de riesgo de reincidencia (violencia intrafamiliar, acoso escolar, abuso sexual, discriminación, consumo de SPA, pérdida afectiva, suicidios cercanos recientes, acceso a elementos potencialmente letales), trastornos mentales asociados, antecedentes familiares y red de apoyo (pobre supervisión parental).

19. Asegurar la valoración por psiquiatría siempre, previo al egreso de la atención derivada de un intento de suicidio. De no ser posible, remitir a urgencias psiquiátricas.

Copia No Controlada

Consideraciones adicionales

- Las acciones a seguir en pacientes con conducta suicida se deben complementar con las recomendaciones presentadas por la *Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción)* (121), en el apartado 2.1.2 (Evaluación y manejo de la ideación y/o conductas suicidas en atención primaria), en la cual se adoptaron de la *Guía de práctica cínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (11) los ítems 16, 17 y 18 presentados en este lineamiento. Esta GPC recomienda la remisión urgente a un nivel de atención complementario en estos escenarios adicionales:
    - Intento suicida en adolescentes, si es el segundo episodio de autolesión en el último año o si el método de autolesión utilizado tiene un alto potencial de letalidad.
    - Ideación suicida a repetición, idea que constituya un plan y casos de conducta (así se trate de un gesto).
- La Secretaría Distrital de Salud tiene habilitada la línea 106 desde cualquier teléfono celular o fijo, 24 horas al día, 7 días a la semana para que niños,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

niñas, adolescentes y adultos de todas las edades, reciban escucha y apoyo psicológico.

Trastornos de la conducta alimentaria

20. Remitir a urgencias a los niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario si presentan alguna de las siguientes condiciones: desequilibrio electrolítico grave, desnutrición grave, deshidratación grave o signos de insuficiencia orgánica incipiente.

21. Remitir a los niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario a valoración por servicio de salud mental (psicología o psiquiatría), nutrición y pediatría.

22. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental (psicología, trabajo social, enfermería especializada en salud mental), éste debe considerar la realización de las siguientes intervenciones: terapia basada en la familia o terapia cognitivo-conductual. Si no cuenta con este profesional, debe remitir a valoración por servicio de salud mental (psicología, trabajo social o psiquiatría).

23. Todo paciente con anorexia nerviosa debe tener una intervención familiar como parte fundamental de su tratamiento.

Copia No Controlada

¿Qué intervenciones psicoterapéuticas se recomiendan para el niño, niña o adolescente con un trastorno de la conducta alimentaria?

La guía NICE de trastornos alimentarios (122) recomienda entre otras las siguientes psicoterapias:

- Terapia familiar para niños y jóvenes, la cual debe:
  - Enfatizar el papel de la familia para ayudar a la persona a recuperarse.
  - No culpar a la persona o a sus familiares o cuidadores.
  - Incluir psicoeducación sobre nutrición y los efectos de la malnutrición.
  - Apoyar a los padres o cuidadores para que tomen un papel central en ayudar a la persona a controlar su alimentación, establecer una buena alianza terapéutica con la persona, sus padres o cuidadores

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

y otros miembros de la familia y apoyar a la persona (con la ayuda de sus padres o cuidadores) para establecer un nivel de independencia adecuado para su nivel de desarrollo.

- Si la terapia familiar es inaceptable, contraindicada o ineficaz, considerar la terapia cognitivo-conductual (TCC) individual o grupal o la psicoterapia centrada en adolescentes.
- La TCC individual para niños y jóvenes con trastornos alimentarios debe:
    - Incluir psicoeducación sobre nutrición y los efectos de la malnutrición.
    - Identificar cualquier cosa en la vida familiar de la persona que pueda dificultarle cambiar su comportamiento, encontrar formas de abordar esto y discutir los planes de comidas.
    - Reducir el riesgo para la salud física, alcanzar un peso corporal saludable y una alimentación saludable.
    - Cubrir nutrición, prevención de recaídas, reestructuración cognitiva, regulación del estado de ánimo, habilidades sociales, preocupación por la imagen corporal y autoestima.
    - Crear un plan de tratamiento personalizado basado en los procesos que parecen estar manteniendo el problema alimentario.
    - Tener en cuenta las necesidades específicas de desarrollo de la persona.
    - Mejorar la autoeficacia.
    - Incluir el autocontrol de la ingesta dietética y los pensamientos y sentimientos asociados.
- También se puede contemplar TCC en grupo, la cual debe:
    - Centrarse en la psicoeducación, el autocontrol del comportamiento alimentario y ayudar a la persona a analizar sus problemas y objetivos.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Incluir entrenamiento de exposición corporal y ayudar a la persona a identificar y cambiar las creencias negativas sobre su cuerpo.
- Ayudar a evitar recaídas y hacer frente a los riesgos y desencadenantes actuales y futuros.

- La psicoterapia centrada en el adolescente debe:
  - Centrarse en la autoimagen, las emociones y los procesos interpersonales de la persona, y cómo estos afectan a su trastorno alimentario.
  - Abordar los temores sobre el aumento de peso y enfatizar que el aumento de peso y la alimentación saludable son una parte crítica de la terapia.
  - Encontrar estrategias alternativas para que la persona maneje el estrés.
  - Explorar cuestiones de identidad y construir independencia.
  - Ayudar a los padres o cuidadores a apoyar a la persona para cambiar su comportamiento.
  - Abordar cómo la persona puede obtener apoyo si se interrumpe el tratamiento.

Copia No Controlada

24. Todo paciente con anorexia o bulimia nerviosa debe ser remitido para valoración nutricional completa.

25. Una vez se logre el control de los síntomas agudos debe continuarse el seguimiento e intervención en prevención de recaídas, reestructuración cognitiva, regulación emocional, habilidades sociales, imagen corporal y autoconcepto.

26. Para los adolescentes con un trastorno alimentario que necesitan suplementos para restablecer el equilibrio de electrolitos, ofrecerlos por vía oral a menos que la persona tenga problemas con la absorción gastrointestinal o que la alteración de los electrolitos sea grave

27. Orientar a los niños, niñas, adolescentes con trastornos alimentarios y sus familiares o cuidadores, acerca de los riesgos de las conductas alimentarias inadecuadas presentes y de las acciones para corregirlas.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

28. Remitir a valoración por pediatría o endocrinología a niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario y retraso en el desarrollo físico o crecimiento inestable o con amenorrea.

29. El control mínimo de seguimiento para un paciente con anorexia o bulimia nerviosa sin riesgo vital debe incluir: peso o IMC (ajustado por edad si corresponde), presión arterial, análisis de sangre pertinentes, cualquier problema con el funcionamiento diario, evaluación del riesgo (relacionado con la salud física y mental), un ECG para personas con conductas de purga y/o cambios significativos de peso, una discusión de las opciones de tratamiento. La frecuencia de estas consultas dependerá de la estabilidad en peso o IMC y de los hallazgos clínicos y paraclínicos.

30. En el tratamiento de la anorexia nerviosa, ofrecer las recomendaciones que permitan a las personas alcanzar un peso corporal e IMC saludables para su edad pues este es un objetivo clave para apoyar otros cambios psicológicos, físicos y mejorar la calidad de vida.

Copia No Controlada

Discapacidad cognitiva y trastornos de aprendizaje

31. Incentivar la participación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad o trastorno de aprendizaje en actividades que incrementen la actividad física, programas de entrenamiento para el desarrollo de habilidades, o cualquier actividad lúdica de gusto o interés.

32. En niños, niñas y adolescentes con discapacidad o trastornos del aprendizaje remitir a servicio de terapia ocupacional, terapia del lenguaje, psicología y neuropsicología, cuando lo necesite.

33. Incentivar el acceso de los niños, niñas y adolescentes a la educación escolar en una institución acorde a su diagnóstico o grado de discapacidad, y que cuente con los ajustes razonables que requiera

¿Qué acciones se pueden recomendar a los padres o cuidadores si el niño, niña o adolescente con un trastorno de desarrollo?

La guía mhGAP (10) recomienda entre otras las siguientes acciones:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Aprender cuáles son los puntos fuertes y débiles, cómo aprende mejor, qué lo estresa, qué lo hace feliz, qué le causa comportamientos problemáticos.
- Conocer cómo se comunica y responde.
- Participar con él en actividades diarias y juegos.
- Incluirlo en actividades de la vida diaria, sencillas y una a la vez, dividiendo las actividades complejas en pasos sencillos.
- Establecer rutinas diarias.
- Evitar dejarlo solo durante horas sin alguien para conversar.
- Limitar el tiempo de exposición a pantallas o juegos electrónicos.
- Ofrecer recompensas cuando realice las cosas bien.
- Distraerle de las cosas que no debe hacer.
- Promover el acceso a ocupaciones, vida familiar y de la comunidad.

Copia No Controlada

¿Qué intervenciones se pueden recomendar para un niño, niña o adolescente con trastorno de espectro autista?

El protocolo clínico para el diagnostico, tratamiento y ruta de atención integral de niñas y niños con trastornos del espectro autista (123) recomienda, entre otras, las siguientes acciones:

- Un grupo interdisciplinario debe desarrollar un perfil de las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del niño o joven para crear el plan de gestión basado en las necesidades, teniendo en cuenta el contexto familiar y educativo.
- Evaluar comorbilidades como TDAH, epilepsia, depresión, entre otras.
- Resolver preguntas sobre preocupaciones del paciente, padres y cuidadores.
- El tratamiento debe ser multidisciplinario e incluir a profesionales como pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil, psicólogo clínico, profesional con

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

formación en análisis del comportamiento, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajador social.

- El tratamiento farmacológico debe ser evaluado por el equipo interdisciplinario de acuerdo con el compromiso clínico y las condiciones coexistentes.
- Realizar intervención con tratamiento conductual garantizando el compromiso de participación activa por parte del grupo familiar.
    - Se sugiere utilizar el enfoque terapéutico de análisis conductual aplicado (ABA), dirigido por expertos en el área y acompañamiento interdisciplinario con otras áreas como terapia ocupacional, de lenguaje, trabajo social, psiquiatría y neuropediatría. Se debe tener en cuenta el nivel de compromiso del paciente, sus habilidades y capacidades. También, se debe realizar un proceso de evaluación y reevaluación de las metas alcanzadas cada 6 meses.
- Realizar propuesta de intervención y evaluación periódica enfocada en por lo menos dos categorías:
    - Intervenciones dirigidas al grupo familiar con el objetivo de facilitar la permanencia del niño en el ambiente familiar y escolar, empoderar a familias y cuidadores para acompañar adecuadamente al niño o adolescente con TEA.
    - Intervenciones dirigidas a niños con mayor compromiso, que requieren apoyo permanente y a largo plazo.
- Establecer plan de metas terapéuticas, tipo de intervenciones y su frecuencia.
- Las actividades terapéuticas no deben superar las 8 horas diarias y deben promover la participación en el entorno (no solo en consultorios).
- Los objetivos de la terapia deben estar enfocados a mejorar el funcionamiento del individuo, promover su autonomía y mejorar la calidad de vida.
- La valoración por neuropsicología no es requisito para el manejo integral del paciente. Además, la valoración por otras especialidades como

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

nutrición, fisiatría, entre otras se definen por el equipo interdisciplinario de acuerdo con las necesidades individuales de la persona.

- No se recomiendan los métodos coercitivos, como parte de la atención ambulatoria.
- No se recomienda el uso de “sombras terapéuticas” dado que no favorecen el cumplimiento del objetivo de la terapia. Si la persona requiere atención superior a 8 horas diarias, esta no puede excluir la participación de la familia ni limitar la participación en el entorno. En caso de requerirse acompañamiento terapéutico, este debe ser indicado por el equipo interdisciplinario y va enfocado a actuar como soporte o respiro para mejorar la calidad de vida familiar.

Copia No Controlada

Pregunta orientadora 4.

¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

1. Concientizar a los padres de niños y adolescentes con trastornos de salud mental sobre la importancia de la participación activa en el tratamiento de sus hijos, involucrándoles para asegurar el manejo efectivo del tratamiento y de las intervenciones.

2. Debe proporcionar información sobre la enfermedad y su tratamiento (expectativas y posibles eventos adversos) y asegurarse que los niños, niñas y adolescentes, así como sus padres o cuidadores lo entiendan. Debe tener en cuenta, por lo tanto, características como la edad, formación, etnia e idioma.

3. Promover en padres y cuidadores el desarrollo de factores de protección como autocontrol, relaciones seguras con los cuidadores y habilidades sociales para resolver problemas.

4. Sensibilizar a los padres, cuidadores sobre las serias consecuencias del maltrato infantil o cualquier tipo de violencia ejercida durante la crianza.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

¿Qué recomendaciones pueden darse sobre la crianza?

La guía mhGAP (10) recomienda entre otras las siguientes acciones:

- Explicar que la crianza del niño, niña o adolescente con un trastorno mental o retraso en el desarrollo puede ser gratificante, pero también supone un desafío.
- Explicar que las personas con un trastorno mental no deben ser culpadas por tener ese trastorno.
- Ayudar a los cuidadores a tener expectativas realistas y a ponerse en contacto con otros cuidadores para apoyarse mutuamente.

Copia No Controlada

5. Si el equipo de atención primaria cuenta con un profesional en salud mental, este debe garantizar que las intervenciones por psicología, trabajo social o enfermería especializada en salud mental incluyan módulos de psicoeducación y que esta intervención esté fácilmente disponible para todos los niños en riesgo.

6. Eliminar tabúes y estigmas sobre el suicidio, los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda en pacientes, padres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes.

Psicoeducación para trastornos de la conducta

7. Hacer recomendaciones sobre el funcionamiento familiar centrándose en estimular a los padres para que refuercen las conductas positivas en lugar de responder a las negativas como estrategia para mejorar el comportamiento de sus niñas, niños y adolescentes. Sensibilizar a los padres, cuidadores sobre las serias consecuencias del maltrato infantil o cualquier tipo de violencia ejercida durante la crianza.

¿Qué acciones puede recomendar para mejorar funcionamiento familiar y el comportamiento?

La guía mhGAP (10) recomienda entre otras las siguientes acciones:

- Prestar una atención afectuosa que incluya jugar con el niño todos los días.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Brindar al adolescente oportunidades para conversar.
- Ser consistente en cuanto a lo que los niños, niñas o adolescentes tienen permitido o no tienen permitido hacer.
- Dar instrucciones claras, sencillas y breves sobre lo que los niños, niñas o adolescentes deben o no deben hacer.
- Elogiar cuando se observe un buen comportamiento y no recompensar cuando el comportamiento es problemático.
- Aplazar las discusiones hasta que los niños, niñas o adolescentes estén tranquilos, sin usar críticas, gritos e insultos.
- No usar amenazas o castigos físicos ni agredir físicamente a los niños, niñas o adolescentes.
- Promover actividades adecuadas para la edad (deportes, artes, pasatiempos).

Copia No Controlada

Trastornos de la alimentación

8. En niñas, niños y adolescentes con trastornos de la alimentación se debe brindar psicoeducación en los riesgos de una alimentación inadecuada, del uso de laxantes o diuréticos con la intención de perder peso, y en higiene oral.

Psicoeducación para conducta suicida

9. Brindar información adecuada y que cumpla con las normatividades vigentes por OMS y OPS en cuanto a comportamientos relacionados con el suicidio, enfermedades mentales asociadas con estos comportamientos, signos y síntomas a tener en cuenta y consejos sobre cómo responder.

10. Recomendar a los padres y cuidadores controlar el acceso de niños y adolescentes a determinados foros y blogs en internet con contenido inapropiado.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Consideraciones adicionales

De acuerdo con la OMS y la normatividad sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes:

- Las directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: ayudar a los adolescentes a prosperar (124) ofrecen recomendaciones sobre intervenciones psicosociales dirigidas a promover la buena salud mental y a prevenir los trastornos mentales en los adolescentes, estas incluyen:
    - Ofrecer intervenciones psicosociales universales dirigidas a todos los adolescentes. Estas intervenciones promueven una buena salud mental, a la vez que previenen y reducen el comportamiento suicida, los trastornos mentales (como la depresión y la ansiedad), las conductas problemáticas de agresividad o de oposición y el consumo de sustancias.
    - Ofrecer intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes que viven en un contexto de emergencia humanitaria para prevenir los trastornos mentales (depresión, ansiedad y trastornos relacionados específicamente con el estrés) y cabe planteárselas para reducir el consumo de sustancias entre adolescentes.
    - Plantear la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a adolescentes embarazadas y a progenitores adolescentes, especialmente con el fin de promover una buena salud mental (funcionamiento intelectual y bienestar mental) y mejorar su asistencia a la escuela.
    - Ofrecer intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes con síntomas emocionales, conductas problemáticas o comportamientos de oposición. Estas intervenciones reducen las conductas agresivas y problemáticas y el comportamiento de oposición, previenen los trastornos mentales (depresión y ansiedad) y promueven una buena salud mental. Las intervenciones deben realizarse con cautela para evitar que aumente el consumo de

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

sustancias entre los adolescentes con conductas problemáticas o comportamientos de oposición.

- En concordancia con lo anterior, se propusieron un conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar (125), entre los que se proponen las siguientes estrategias:
  - Aplicación y control de la aplicación de políticas y leyes en las que participen todas las instancias gubernamentales y de la sociedad.
  - Entornos para promover y proteger la salud mental de los adolescentes.
  - Apoyo al cuidador para promover habilidades y conocimientos sobre salud mental, fortalecer sus relaciones con los adolescentes y proteger su propia salud mental.
  - Intervenciones psicosociales para los adolescentes.
- Con relación al suicidio, se propuso “Vivir la Vida”, guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países (126), la cual propone un enfoque en dos partes:
  - Parte A: pilares básicos para desarrollar estrategias integrales de prevención del suicidio con enfoque “Vivir la Vida”
    - Análisis de la situación
    - Colaboración multisectorial
    - Sensibilización y promoción
    - Desarrollo de las capacidades
    - Financiación
    - Vigilancia, monitoreo y evaluación
  - Parte B: principales intervenciones para prevenir el suicidio:

    Las intervenciones que se describen en la guía son:
    - Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio.
- Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes.
- Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona afectada por comportamientos suicidas.

- El programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP) fue puesto en marcha por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS en 2008 con el fin de fortalecer el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales y otros interesados directos de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y lograr una cobertura mucho mayor con intervenciones clave en los países de ingresos medianos y bajos. Con estos objetivos, el mhGAP proporciona orientación y herramientas basadas en la evidencia (10) con el fin de avanzar hacia las metas del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (127).

Copia no Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6 ANEXOS

6.1 Anexo 1. Metodología

Conformación del grupo desarrollador

Se conformó un grupo desarrollador con profesionales del IETS quienes formularon las preguntas orientadoras y aplicaron todo el proceso metodológico para el desarrollo del presente lineamiento. Adicionalmente, se convocaron expertos temáticos de las diferentes sociedades o asociaciones científicas relacionadas con los temas a abordar, quienes se encargaron de validar las preguntas orientadoras, realizaron aportes de literatura, brindaron el acompañamiento técnico en el proceso de elaboración del lineamiento y participaron en los consensos donde se generaron las respuestas para cada pregunta orientadora.

Copia No Controlada

Los expertos temáticos convocados fueron profesionales de las siguientes especialidades médicas:

- Psicología
- Psicología clínica
- Psicólogos especialistas en desarrollo humano, intervenciones psicosociales
- Medicina (Psiquiatría, toxicología)
- Epidemiología
- Salud Pública
- Trabajo social
- Fonoaudiología

Todos los integrantes del grupo desarrollador firmaron la declaración de conflictos de interés y acuerdos de confidencialidad, que fue analizada por el Comité de conflictos de intereses, según la política de transparencia del IETS.

Construcción de preguntas de investigación orientadoras

Se construyeron preguntas orientadoras de investigación que fueron la base para elaborar los lineamientos de orientación clínica para la valoración inicial y abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en salud mental. Los tópicos considerados para la construcción de las preguntas se basaron en los siguientes aspectos:

- Factores de riesgo asociados con afecciones mentales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Medios para tamizar trastornos mentales.
- Intervenciones integrales que pueden ser implementadas por prestadores primarios de servicios de salud.
- Estrategias psicoeducativas para pacientes, familias y cuidadores que favorezcan el éxito del tratamiento.

Refinamiento de las preguntas de investigación orientadoras

Se realizó una consulta inicial a psicólogos clínicos sobre las preguntas orientadoras, con el fin de concretarlas. Posteriormente se realizó la consulta a los expertos delegados por la Secretaría Distrital de Salud para conocer su opinión en cuanto a relevancia clínica y factibilidad de aplicación. En el anexo 2 se encuentran los detalles de la socialización de las preguntas.

Copia No Controlada

Búsqueda sistemática de la literatura

Se realizó una búsqueda manual de guías de práctica clínica (GPC) en repositorios institucionales educativos y de salud (de carácter público y privado) como:

- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- Guideline International Network (GIN)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Network (SIGN)
- Guía Salud
- Redsalud
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec)
- Ministerio Salud y Seguridad Social
- TripDatabase
- National Electronic Library for Health (NeLH)
- CMA Infobase (Canadian Medical Association)
  - Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
  - Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
  - American College of Physicians (ACP)
  - WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS
  - National Health and Medical Research Council
  - Singapore Ministry of health Guidelines

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda de GPC en las bases de datos electrónicas Medline, PsycINFO, Scielo y Google académico. Se utilizaron términos estandarizados como MeSH (Medical Subject Heading), DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y términos libres relacionados con las diferentes condiciones de salud mental previamente establecidas, y con la población de interés, ajustando la búsqueda a los criterios de cada repositorio o base de datos. Las estrategias de búsqueda se presentan en el Anexo 3.

Tamización de referencias y selección de estudios

Los listados de cada base se recuperaron y se importaron al programa Rayyan, se eliminaron los duplicados y posteriormente dos revisores independientes realizaron la tamización por título y resumen clasificando cada artículo como incluido, excluido o probable. Se retiró el cegamiento y en caso de no existir consenso, los dos revisores se reunieron para discutir las diferencias y definir la inclusión o no de la GPC.

Copia No Controlada

Tanto las GPC recuperadas manualmente como las seleccionadas de bases de datos fueron sometidas, en la fase de elegibilidad, a lectura completa por parte de dos evaluadores, quienes seleccionaron las GPC según los criterios de la herramienta H7, la cual permite hacer una evaluación preliminar de la GPC y determinar si sus objetivos y metodología se adecuan al alcance del lineamiento. En caso de discrepancia, entre los dos evaluadores definieron la inclusión o no del documento. Para facilitar el proceso de elegibilidad, se realizó una tabla documentando los criterios de inclusión y exclusión de los artículos y los resultados fueron presentados en el flujograma propuesto por la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas y meta-análisis, como se presenta en el anexo 4.

Evaluación de calidad de las GPC y de riesgo de sesgo de las RSL

Las GPC que se incluyeron (anexo 5), pasaron a evaluación de texto completo por medio del instrumento Agree II, el cual permite hacer una evaluación profunda de la calidad metodológica de la GPC. Este instrumento evalúa seis dominios que incluyen: alcance y objetivo, participación de todos los grupos implicados, rigor en la elaboración, claridad de la presentación, aplicabilidad e independencia editorial; y al final, se realiza una evaluación global de la guía. Para definir si la GPC evaluada debía ser incluida en el proceso de síntesis de la evidencia, se tuvo en cuenta que el dominio de rigor en la elaboración (detalles del proceso de búsqueda, selección y síntesis de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

la evidencia) y el dominio de independencia editorial (conflictos de interés y entidades financiadoras) superaron una calificación pareada de 60% (anexo 6).

De cada GPC que aprobó la evaluación, se revisó las preguntas que posiblemente podía responder y para los aspectos que no abordaron se procedió a realizar búsqueda en bases de datos de revisiones sistemáticas de la literatura (RSL). Las bases de datos consultadas fueron PsycINFO, Embase, PubMed, Cochrane, Epistemonikos, Lilacs y Google Académico utilizando los términos estandarizados preestablecidos, a través de las estrategias de búsqueda plasmadas en el anexo 3. Para la selección de los artículos se siguió el mismo proceso de tamizaje mencionado anteriormente.

Las RSL seleccionadas (anexo 5) se sometieron a la evaluación de riesgo de sesgo con el instrumento RoBIS (anexo 6), y las que obtuvieron riesgo de sesgo bajo o poco claro pasaron a ser evaluadas en su calidad de la evidencia de acuerdo con el sistema GRADE para clasificarlas en alta, moderada, baja y muy baja (anexo 7).

Copia No Controlada

Extracción y síntesis de la información

La extracción de información, tanto de las GPC como de las RSL se llevó a cabo por todos los miembros del grupo en el formato que se presenta en el Anexo 8. Se extrajo el nombre del primer autor, el año y el país de publicación, el título del documento, la fuente de financiación, la recomendación y la calidad de la evidencia sobre la que se basa. A partir de esta evidencia se propusieron los lineamientos preliminares, que se discutieron en el panel de expertos (anexo 9), se modificaron y se sometieron a votación para su aprobación (anexo 10).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.2 Anexo 2. Informe de participación

Introducción

"*La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen*" (1). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (1).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (2). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos; en términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (3).

Copia No Controlada

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad y quien no hace parte del grupo desarrollador (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

Objetivo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Desarrollar un espacio de socialización del alcance y preguntas orientadoras de los lineamientos para la atención de salud mental de pacientes de la población de Bogotá con actores involucrados en el proceso de atención con el fin de recoger comentarios que favorezcan el refinamiento del alcance.

Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés), estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan, y que serán afectados por la decisión, o como aquellos grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política de ETES (5). El mapeo inicia con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolló en conjunto con el referente temático y con la supervisión del contrato.

Copia No Controlada

A continuación, se describen las actividades adelantadas.

Identificación de los actores

La convocatoria de participación se inició a partir de la definición de profesionales, clínicos y usuarios de las entidades u organizaciones requeridas para el proceso:

- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
- Delegados de otras subsecretarias y dependencias de la Secretaria Distrital de Salud.

Convocatoria

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Con esta identificación, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados de cada organización y de los expertos clínicos. Luego de tener la respuesta de los delegados, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso. Para asegurar mayor representatividad, también se contactaron expertos individuales con conocimiento en el tema.

Desarrollo de los espacios de participación

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo la socialización virtual el día 03/12/2021, a las 11:00 AM, por la plataforma Zoom. La agenda fue la siguiente:

- Presentación del contexto de la condición
- Presentación de alcance y preguntas propuestas
- Apertura a comentarios y retroalimentación de los asistentes.

A continuación, se presenta la lista de participantes asistentes al espacio de socialización (Tabla 1).

Copia No Controlada

Tabla 1. Actores invitados y asistentes

No.	Organización / Asociación	Delegado	Perfil
1	Secretaria Distrital de Salud	Pilar Julieta Acosta González	Médica especialista en toxicología clínica
2		Diana Constanza Hernández	Psicóloga – Referente de salud mental
3		Gina Paola Rangel Medina	Psicóloga especialista en intervenciones psicosociales
4		Diana Patricia Santamaría	Psicóloga especialista en desarrollo humano
5		Liliana Andrea Ortiz Valderrama	Profesional Especializado
6		Martha Stella Rodríguez Cubillos	Magister especialista en salud pública

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

7		Iván Fernando Díaz Molina	Médico especialista en Psiquiatría - Provisión de Servicios-RIAS
8		Antonio Rodríguez Gómez	Profesional Especializado
9		Ivonne Arévalo Moreno	Psicóloga-Salubrista
10		Ana Sofía Alonso Romero	Enfermera-Epidemióloga salubrista
11		Johana Liceth Cortés Romero	Psicóloga-epidemióloga
12		Luís Fernando Marrugo	Profesional Especializado
13		Ana Milena Castro Roa	Epidemióloga Implementación RIAS
14		Constanza Hernández	Referente de Salud Mental
15		Custodio Rosales	Referente de Salud Mental
16		Rodrigo Lopera	Psicólogo Clínico
17		Javier Niño Carrillo	Psicólogo
18		Yaneth Valero Varela	Trabajadora Social-Especialista en intervención Social en salud mental y en intervención sistemática en Familia
19		Beatriz Helena Guerrero	Médica-Dirección provisión de servicios
20	Subred Integrada de Servicios de salud Sur	María Fernanda Rubiano	Referente Convenio trastornos mentales
21	Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente	Nohora Esperanza Pinilla	Profesional en fonoaudiología con especialización en salud ocupacional
22	Subred Integrada de Servicios de salud Norte	Doris Zambrano Acosta	Psicóloga Clínica

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

23	Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente	Nidia Orozco	Referente RIAS
24	Experto Independiente	Catalina Ayala	Médico psiquiatra, especialista en psiquiatría de niños y adolescentes, psicoterapeuta

Fuente: IETS, 2021.

Tabla 2. Equipo técnico IETS

No.	Nombre	Perfil
1	Adriana Robayo	Directora Ejecutiva
2	Juan Vargas González	Director de Epidemiología - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
3	Eliana Rodríguez	Epidemióloga - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
4	Fabio Sierra Matamoros	Epidemiólogo - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
5	Adriana Peñuela Sánchez	Epidemióloga - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
6	Carlos Hernán Calderón Franco	Epidemiólogo - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
7	Lorena Mesa	Líder de la Unidad de Métodos Cualitativos e Investigación Social
8	Lina Herrera Morales	Auxiliar Administrativo
9	Sandra Bernal	Asistente de Participación Unidad de Métodos Cualitativos e investigación Social

Copia No Controlada

Fuente: IETS, 2021

Una vez realizada la socialización se recibieron los comentarios por parte de los asistentes, quienes pidieron el envío de la presentación para retroalimentar sobre la misma.

6.3 Anexo 3. Términos y bitácoras de búsqueda

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta	Población	Proceso	Resultado
1. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con las afecciones mentales en niños, niñas y adolescentes?	Adolescents Adolescence Teen Teenager Youth Child Child, Preschool Children Childhood Infancy	Risk factor	Mental disorders Anxiety disorders Conduct disorders Behavior disorders Neurodevelopmental disorders Depressive disorder Depression Mood disorders Affective disorder Emotional disorder
2. ¿Cuáles son los medios diagnósticos que permiten tamizar trastornos del desarrollo (deficit cognitivo y habilidades escolares), trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo?		Diagnosis Diagnostic techniques Screening Strategies for identification Identification Recognition assesment	
3. ¿Cuáles son las intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?		Primary care Primary health care Primary pediatric care Interventions Management Treatment	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta	Población	Proceso	Resultado
4. ¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?		Psychoeducation Education patient Patient education Education of patients Patient education as topic Health education Community health education Therapeutic patient education Education care Health communication Family counseling Psycho-educational intervention psychoeducational intervention	

Copia No Controlada

GPC (Búsqueda en repositorios)

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica	Resultados
Organismos recopiladores de GPC	NGC (National Guideline Clearinghouse)	http://www.guideline.gov/	0
	GIN (Guideline International Network)	http://www.g-i-n.net/	12
	CISMeF (Catalogageetl'Indexationde s Sites Médicaux)	http://www.chu-rouen.fr/cismef/	0
	German Agency for Quality in Medicine	www.aezq.de/	0

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica	Resultados
Organismos que producen GPC	NZGG (New Zealand Guidelines Group)	https://www.health.govt.nz/	0
	NICE (National Institute for Clinical Excellence)	www.nice.org.uk/Guidance/Topic	16
	SIGN (Scottish Intercollegiate Network)	http://www.sign.ac.uk/	1
GPC nacionales o iberoamericanas	Guia Salud	https://portal.guiasalud.es/	4
	Redsalud	https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/	4
	Cenetec	https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/	2
	Ministerio Salud y Seguridad Social	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=guias%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3	0
Otras bases de datos	TripDatabase	http://www.tripdatabase.com/index.html	9
Organismos recopiladores o desarrolladores de GPC	NeLH (National Electronic Library for Health)	https://www.guidelines.co.uk/	7
	CMA Infobase (Canadian Medical Association)	http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/54316/la_id/1.htm	0
	ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement)	https://www.icsi.org/guideline/	0
	AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)	http://www.ahrq.gov/clinic/cpgonline.htm#Products	2
	ACP (American College of Physicians)	http://www.acponline.org/clinical_information/guidelines/	0
	WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS	http://apps.who.int/iris/?locale=es	3
	National Health and Medical Research Council	https://www.nhmrc.gov.au/	1

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica	Resultados
	Singapore Ministry of health Guidelines	https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/doctors/guidelines/cpg_medical.html	3
Total			**64**

GPC (Búsqueda en bases de datos)

Reporte de búsqueda electrónica No.1	
Tipo de búsqueda	Guías de Práctica Clínica
Base de datos	Scielo
Plataforma	Scielo
Fecha de búsqueda	27/12/2021
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	2. Expressão: (ti:(niños)) OR (adolescentes) OR (infantes) OR (preescolares) OR (jóvenes)
	3. Expressão: (ti:(guías de práctica clínica)) OR (ti:(guía)) OR (ti:(recomendación)) OR (ti:(guía de práctica)) OR (ti:(guideline))
	4. Expressão: (ab:(disordenes mentales)) OR (ti:(desordenes del desarrollo)) OR (ti:(neurodesarrollo)) OR (ti:(desordenes afectivos)) OR (ti:(desordenes de la conducta)) OR (ti:(desordenes emocionales)) OR (ti:(depresión)) OR (ti:(enfermedad psiquiatrica)) OR (ti:(desordenes psiquiatricos)) OR (ti:(aprendizaje))
	Expressão: (ab:(#4 AND #3 AND))
	Expressão: (ti:(#2 AND #3 AND #4 AND))
	Expressão: (ti:(#2 AND #3 AND))
	(ab:(#2 AND #3 AND))
	Expressão: (ti:(guia de practica clinica))
Referencias identificadas	90

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda electrónica No.2		
Tipo de búsqueda	Guías de Práctica Clínica	
Base de datos	PsycINFO	
Plataforma	OVID	
Fecha de búsqueda	27/12/2021	
Rango de fecha de búsqueda	2017 - 2022	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	not comment.pt not letter.pt not editorial.pt not survey.tw not news.pt not newspaper article.pt not patient education handout.pt not case report.tw not historical article.pt not animal	
Estrategia de búsqueda (resultados)	1	exp adolescent/ or adolescen$.tw or teen$.tw or youth.tw or exp child/ or child$.tw or exp child, preschool/ or exp infant/ or infan$.tw
	2	(mental OR anxiety OR conduct OR behavior OR neurodevelopmental OR depress$ OR mood OR affective OR emotional OR psychiatric OR learning OR academic).tw AND (disorder$ OR illness OR disease OR disabilit$ OR disturbance$).tw
	3	exp mental disorders/ OR exp Anxiety/ OR exp conduct disorder/ OR exp Neurodevelopmental disorders/ OR exp Depressive Disorder/ OR exp Mood Disorders/ OR exp Learning Disabilities/
	4	2 or 3
	5	1 and 4
	6	(practice guideline/ or guidelines/ or practice guideline.pt or guideline.pt or practice guideline$.tw or practice parameter$.tw or recommendation$.tw or guideline$.ti) not comment.pt not letter.pt not editorial.pt not survey.tw not news.pt not newspaper article.pt not patient education handout.pt not case report.tw not historical article.pt not animal.tw
	7	5 and 6
	8	limit 7 to yr="2017 -Current"
Referencias identificadas	1.738	

Reporte de búsqueda electrónica No.3	
Tipo de búsqueda	Guías de Práctica Clínica
Base de datos	Medline
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	28/12/2021
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno
Restricciones de lenguaje	Ninguna

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Otros límites	Clinical Conference, Consensus Development Conference, Consensus Development Conference, NIH, Guideline, Practice Guideline.
Estrategia de búsqueda (resultados)	(Adolescent*[Title/Abstract] OR Teen*[Title/Abstract] OR Minor*[Title/Abstract] OR Youth*[Title/Abstract] OR Children[Title/Abstract] OR child*[Title/Abstract] OR childhood[Title/Abstract] OR "young people"[Title/Abstract] OR Child, Preschool[Title/Abstract] OR Infancy[Title/Abstract] OR infant*[Title/Abstract]) AND ("Mental disorder*"[Title/Abstract] OR "Anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Conduct disorder*"[Title/Abstract] OR "Behavior disorder*"[Title/Abstract] OR "Neurodevelopmental disorder*"[Title/Abstract] OR "developmental disorder*"[Title/Abstract] OR "Depressive disorder*"[Title/Abstract] OR Depression[Title/Abstract] OR "Mood disorder*"[Title/Abstract] OR "depressive disorder*"[Title/Abstract] OR "Affective disorder*"[Title/Abstract] OR "Emotional disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychiatric Illness"[Title/Abstract] OR "Psychiatric Disease*"[Title/Abstract] OR "Mental Illness"[Title/Abstract] OR "Psychiatric Disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychiatric Diagnosis"[Title/Abstract] OR "Severe Mental Disorder*"[Title/Abstract] OR "severe mental illness"[Title/Abstract] OR "learning disabilities"[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract])
Referencias identificadas	236

Reporte de búsqueda electrónica No.4		
Tipo de búsqueda	Guías de Práctica Clínica	
Base de datos	Embase	
Plataforma	Elsevier	
Fecha de búsqueda	28/12/2021	
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Ninguno	
Estrategia de búsqueda (resultados)	#51.	#49 AND 'practice guideline'/de AND 'Article'/it
	#50.	#49 AND 'practice guideline'/de
	#49.	#13 AND #36 AND #48
	#48.	#37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47
	#47.	'consensus'
	#46.	guideline*
	#45.	'recommendations'
	#44.	practice AND parameter*
	#43.	'practice guideline'
	#42.	consensus AND development AND conference

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

#41.	guideline
#40.	guideline AND adherence
#39.	consensus AND development AND conferences
#38.	guidelines
#37.	practice AND guideline AND as AND topic
#36.	#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
#35.	learning AND disabilities
#34.	severe AND mental AND disorder*
#33.	psychiatric AND diagnosis
#32.	psychiatric AND disorder*
#31.	mental AND illness*
#30.	psychiatric AND disease*
#29.	psychiatric AND illness*
#28.	emotional AND disorders
#27.	affective AND disorders
#26.	depressive AND disorder*
#25.	'mood disorder'
#24.	'depression'
#23.	depressive AND disorders
#22.	neurodevelopmental AND disorder
#21.	neurodevelopmental AND disorder*
#20.	behavior AND disorder*
#19.	conduct AND disorder*
#18.	'conduct disorder'
#17.	anxiety AND disorder*
#16.	'anxiety disorder'
#15.	mental AND disorder*
#14.	'mental disease'

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	#13.	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12
	#12.	infant*
	#11.	'infancy'
	#10.	'preschool child'
	#9.	'preschool'
	#8.	child*
	#7.	'child'
	#6.	'juvenile'
	#5.	youth
	#4.	'minor (person)'
	#3.	teen*
	#2.	'adolescent'
	#1.	adolescen*
Referencias identificadas	2.863	

Copia No Controlada

Pregunta 2: ¿Cuáles son los medios que permiten tamizar trastornos del neurodesarrollo, deficit cognitivo, trastornos del aprendizaje, trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo?

Reporte de búsqueda electrónica No.5	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Medline
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	18/01/2022

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Rango de fecha de búsqueda	Ninguno	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Systematic review OR meta-analysis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	1	(“Cognitive Dysfunction*” OR “cognition disorder*” OR “Cognitive Impairment*” OR “Mild Cognitive Impairment*” OR “Mild Neurocognitive Disorder*” OR “Cognitive Decline*” OR “Mental Deterioration*”)
	2	(Adolescen* OR Teen* OR Minor* OR Youth* OR Child* OR Child,Preschool OR Infancy)
	3	1 AND 2
	4	3 AND (Diagnosis OR “Diagnostic techniques” OR Screening* OR Identification OR Recognition OR Assessment OR Diagnoses OR Examinations OR “Mass Screenings” OR Tool* OR Surveys OR Questionnaires)
	5	4 AND (systematic review OR meta-analysis)
Referencias identificadas	386	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.6	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Cochrane
Plataforma	Cochrane
Fecha de búsqueda	19/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	Intellectual Disability.ab. or Intellectual Disability.ti. or Mental Illness.ab. or Mental Illness.ti. or mental retardation.ab. or mental retardation.ti.
	Diagnosis.ab. or diagnosis.ti. or Screening.ab. or screening.ti. or identification.ab. or identification.ti. or Assesment.ab. or assesment.ti. or Tool*.ab. or tool.ti. or Surveys.ab. or surveys.ti. or Questionnaire.ab. or questionnaire.ti.
	((Diagnosis ab or diagnosis ti or Screening ab or screening ti or identification ab or identification ti or Assesment ab or assesment ti or Tool* ab or tool ti or Surveys ab or surveys ti or Questionnaire ab or questionnaire ti) and (Intellectual Disability ab or Intellectual Disability ti or Mental Illness ab or Mental Illness ti or mental retardation ab or mental retardation ti)).af.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda electrónica No.7	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Epistemonikos
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	19/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017 - 2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Revisiones sistemáticas
Estrategia de búsqueda (resultados)	(title:((title:(Diagnosis) OR abstract:(Diagnosis)) OR (title:(Screening) OR abstract:(Screening)) OR (title:(identification) OR abstract:(identification)) OR (title:(Assesment) OR abstract:(Assesment)) OR (title:(tool) OR abstract:(tool)) OR (title:(Survey) OR abstract:(Survey)) OR (title:(Questionnaire) OR abstract:(Questionnaire))) OR abstract:((title:(Diagnosis) OR abstract:(Diagnosis)) OR (title:(Screening) OR abstract:(Screening)) OR (title:(identification) OR abstract:(identification)) OR (title:(Assesment) OR abstract:(Assesment)) OR (title:(tool) OR abstract:(tool)) OR (title:(Survey) OR abstract:(Survey)) OR (title:(Questionnaire) OR abstract:(Questionnaire)))) AND (title:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))) OR abstract:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))))
Referencias identificadas	353

Copia no Controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.8	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	19/01/2022

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Rango de fecha de búsqueda	2017 - 2022	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Conference abstract	
Estrategia de búsqueda (resultados)	#8.	#7 AND (2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py)
	#7.	#6 NOT 'conference abstract'/it
	#6.	#5 AND ('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de) AND ([adolescent]/lim OR [child]/lim OR [infant]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)
	#5.	#3 AND #4
	#4.	#1 OR #2
	#3.	'diagnosis'/exp OR 'diagnostic procedure'/exp OR 'diagnosis':ti,ab OR 'screening'/exp OR 'screening':ti,ab OR 'identification'/exp OR 'identification'
	#2.	disorder AND ((development* NEAR/3 intellectual):ti,ab)
	#1.	'intellectual impairment'/exp OR 'intellectual disabilities'/exp OR 'intellectual disabilit*':ti,ab OR 'mental deficiency'/exp OR 'mental deficienc*':ti,ab OR 'learning disorder'/exp OR 'learning disorder':ti,ab OR 'mental disease'/exp OR 'neurodevelopmental disorder':ti,ab
Referencias identificadas	411	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.9	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Lilacs
Plataforma	iAHx - Portal Regional de la BVS
Fecha de búsqueda	18/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	Ninguna
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Revisiones sistemáticas o meta-análisis
Estrategia de búsqueda (resultados)	((Deficiencia Intelectual OR Deficiencia Mental OR Discapacidad Mental OR Idiotez OR Retraso Mental)) AND (niños OR adolescentes OR infantes OR preescolares OR jóvenes) AND (Diagnóstico OR tamizaje) AND (revisión sistemática OR meta-análisis)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Referencias identificadas	1.847

Reporte de búsqueda electrónica No.10	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Google académico
Plataforma	Google académico
Fecha de búsqueda	18/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017 - 2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguna
Estrategia de búsqueda (resultados)	(Diagnosis OR "Diagnostic techniques" OR Screening) AND (Adolescent OR Teen* OR Minor* OR Youth* OR Child* OR Infancy) AND ("Cognitive Dysfunctions" OR "cognition disorder*" OR "Cognitive Impairment*") AND (systematic review OR meta-analysis)
Referencias identificadas	99

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.11		
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura	
Base de datos	PsycINFO	
Plataforma	OVID	
Fecha de búsqueda	19/01/2022	
Rango de fecha de búsqueda	2017 - 2022	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Reviews(maximizes specificity)	
Estrategia de búsqueda (resultados)	1	(intellectual AND (impairment OR disabilit*)).tw

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	2	(mental AND (deficienc* OR disease OR retardation)).tw
	3	((learning OR neurodevelopmental OR development*) AND disorder).tw
	4	(disorder AND (development* adj3 intellectual)).tw
	5	(diagnosis OR diagnostic AND (procedure OR techni* OR testing)).tw
	6	(screening OR identification).tw
	7	OR/1-4
	8	OR/5-6
	9	AND/7-8
	10	limit 9 to ("infant (1 to 23 months)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)")
	11	limit 10 to (yr="2017 -Current" and "reviews (maximizes specificity)")
Referencias identificadas	30	

Copia No Controlada

Pregunta 3: ¿Cuáles son las intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Reporte de búsqueda electrónica No.12	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Medline
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	21/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Systematic review OR meta-analysis

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Estrategia de búsqueda (resultados)	("cognitive dysfunction*"[All Fields] OR "cognition disorder*"[All Fields] OR "cognitive impairment*"[All Fields] OR "mild cognitive impairment*"[All Fields] OR "mild neurocognitive disorder*"[All Fields] OR "cognitive decline*"[All Fields] OR "mental deterioration*"[All Fields] OR "intellectual disability"[All Fields] OR "learning Disabilities"[All Fields]) AND ("adolescen*"[All Fields] OR "teen*"[All Fields] OR "minor*"[All Fields] OR "youth*"[All Fields] OR "child*"[All Fields] OR ("child, preschool"[MeSH Terms] OR ("child"[All Fields] AND "preschool"[All Fields]) OR "preschool child"[All Fields] OR ("child"[All Fields] AND "preschool"[All Fields]) OR "child preschool"[All Fields]) OR ("infancy"[Journal] OR "infancy"[All Fields]) OR ("infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "infants"[All Fields] OR "infant s"[All Fields])) AND (("intervention*"[All Fields] OR "disease management"[All Fields] OR ("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields] OR "treatments"[All Fields] OR "therapy"[MeSH Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "treatment s"[All Fields]) OR "therap*"[All Fields] OR "psychotherap*"[All Fields]) AND ("primary care"[All Fields] OR "primary health care"[All Fields] OR "primary care nursing"[All Fields] OR "physicians primary care"[All Fields] OR "psychology*"[All Fields])) AND ("systematic review"[Publication Type] OR "systematic reviews as topic"[MeSH Terms] OR "systematic review"[All Fields] OR ("meta analysis"[Publication Type] OR "meta analysis as topic"[MeSH Terms] OR "meta analysis"[All Fields]))
Referencias identificadas	264

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.13	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Cochrane
Plataforma	Cochrane
Fecha de búsqueda	23/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	(title:((title:(Developmental Disabilities) OR abstract:(Developmental Disabilities)) AND (title:(Learning Disabilities) OR abstract:(Learning Disabilities))) OR abstract:((title:(Developmental Disabilities) OR abstract:(Developmental Disabilities)) AND (title:(Learning Disabilities) OR abstract:(Learning Disabilities)))) AND (title:((title:((title:(Developmental Disabilities) OR abstract:(Developmental Disabilities)) AND (title:(Learning Disabilities) OR abstract:(Learning Disabilities))) OR abstract:((title:(Developmental Disabilities) OR abstract:(Developmental Disabilities)) AND (title:(Learning Disabilities) OR abstract:(Learning Disabilities)))) OR (title:((title:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	(title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))) OR abstract:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))))) OR abstract:((title:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))) OR abstract:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation)))))) AND (title:((title:(Primary pediatric care) OR abstract:(Primary pediatric care)) OR (title:(Interventions) OR abstract:(Interventions)) OR (title:(Management) OR abstract:(Management)) OR (title:(Treatment) OR abstract:(Treatment)) OR (title:(Nurse intervention) OR abstract:(Nurse intervention)) OR (title:(Psycology intervention) OR abstract:(Psycology intervention)) OR (title:(quick intervention) OR abstract:(quick intervention)) OR (title:(therapeutic intervention) OR abstract:(therapeutic intervention)) OR (title:(Care Management) OR abstract:(Care Management)) OR (title:(Patient Management) OR abstract:(Patient Management)) OR (title:(Patient Care) OR abstract:(Patient Care))) OR abstract:((title:(Primary pediatric care) OR abstract:(Primary pediatric care)) OR (title:(Interventions) OR abstract:(Interventions)) OR (title:(Management) OR abstract:(Management)) OR (title:(Treatment) OR abstract:(Treatment)) OR (title:(Nurse intervention) OR abstract:(Nurse intervention)) OR (title:(Psycology intervention) OR abstract:(Psycology intervention)) OR (title:(quick intervention) OR abstract:(quick intervention)) OR (title:(therapeutic intervention) OR abstract:(therapeutic intervention)) OR (title:(Care Management) OR abstract:(Care Management)) OR (title:(Patient Management) OR abstract:(Patient Management)) OR (title:(Patient Care) OR abstract:(Patient Care))))) OR abstract:((title:((title:(Developmental Disabilities) OR abstract:(Developmental Disabilities)) AND (title:(Learning Disabilities) OR abstract:(Learning Disabilities))) OR abstract:((title:(Developmental Disabilities) OR abstract:(Developmental Disabilities)) AND (title:(Learning Disabilities) OR abstract:(Learning Disabilities)))) OR (title:((title:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))) OR abstract:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))))) OR abstract:((title:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))) OR abstract:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation)))))) AND (title:((title:(Primary pediatric care) OR abstract:(Primary pediatric care)) OR (title:(Interventions) OR abstract:(Interventions)) OR (title:(Management) OR abstract:(Management)) OR (title:(Treatment) OR abstract:(Treatment)) OR (title:(Nurse intervention) OR abstract:(Nurse intervention)) OR (title:(Psycology intervention) OR abstract:(Psycology intervention)) OR (title:(quick intervention) OR abstract:(quick intervention)) OR (title:(therapeutic intervention) OR abstract:(therapeutic intervention)) OR (title:(Care Management) OR abstract:(Care Management)) OR (title:(Patient Management) OR abstract:(Patient Management)) OR (title:(Patient Care) OR abstract:(Patient Care))) OR abstract:((title:(Primary pediatric care) OR abstract:(Primary pediatric care)) OR (title:(Interventions) OR abstract:(Interventions)) OR (title:(Management) OR abstract:(Management)) OR (title:(Treatment) OR abstract:(Treatment)) OR (title:(Nurse intervention) OR abstract:(Nurse intervention)) OR (title:(Psycology intervention) OR abstract:(Psycology intervention)) OR (title:(quick intervention) OR abstract:(quick intervention)) OR (title:(therapeutic intervention) OR

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	abstract:(therapeutic intervention)) OR (title:(Care Management) OR abstract:(Care Management)) OR (title:(Patient Management) OR abstract:(Patient Management)) OR (title:(Patient Care) OR abstract:(Patient Care))))))
Referencias identificadas	755

Reporte de búsqueda electrónica No.14	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Epistemonikos
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	19/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017 - 2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Revisiones sistemáticas
Estrategia de búsqueda (resultados)	(title:((title:(Diagnosis) OR abstract:(Diagnosis)) OR (title:(Screening) OR abstract:(Screening)) OR (title:(identification) OR abstract:(identification)) OR (title:(Assesment) OR abstract:(Assesment)) OR (title:(tool) OR abstract:(tool)) OR (title:(Survey) OR abstract:(Survey)) OR (title:(Questionnaire) OR abstract:(Questionnaire))) OR abstract:((title:(Diagnosis) OR abstract:(Diagnosis)) OR (title:(Screening) OR abstract:(Screening)) OR (title:(identification) OR abstract:(identification)) OR (title:(Assesment) OR abstract:(Assesment)) OR (title:(tool) OR abstract:(tool)) OR (title:(Survey) OR abstract:(Survey)) OR (title:(Questionnaire) OR abstract:(Questionnaire)))) AND (title:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))) OR abstract:((title:(Intellectual Disability) OR abstract:(Intellectual Disability)) OR (title:(Mental Illness.) OR abstract:(Mental Illness.)) OR (title:(mental retardation) OR abstract:(mental retardation))))
Referencias identificadas	353

Reporte de búsqueda electrónica No.15	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Embase

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Plataforma	Embase	
Fecha de búsqueda	20/01/2022	
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Meta analysis, systematic review	
Estrategia de búsqueda (resultados)	#8.	#7 AND ('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)
	#7.	#1 AND #4 AND #5 AND #6
	#6.	#2 OR #3
	#5.	'primary medical care'/exp OR 'primary health care'/exp OR ((primary NEAR/3 care):ti,ab)
	#4.	(intervention*:ti,ab OR management:ti,ab OR treatment:ti,ab) AND (medical:ti,ab OR nurs*:ti,ab OR psycholog*:ti,ab OR quick:ti,ab OR therap*:ti,ab OR psychotherap*:ti,ab)
	#3.	disorder AND ((development* NEAR/3 intellectual):ti,ab)
	#2.	'intellectual impairment'/exp OR 'intellectual disabilities'/exp OR 'intellectual disabilit*':ti,ab OR 'mental deficiency'/exp OR 'mental deficienc*':ti,ab OR 'learning disorder'/exp OR 'learning disorder':ti,ab OR 'mental disease'/exp OR 'neurodevelopmental disorder':ti,ab
	#1.	'adolescent'/exp OR 'minor (person)'/exp OR 'juvenile'/exp OR 'child'/exp OR 'preschool child'/exp OR 'infant'/exp OR adolescen*:ti,ab OR teen*:ti,ab OR minor*:ti,ab OR youth:ti,ab OR child*:ti,ab OR preschool:ti,ab OR infan*:ti,ab
Referencias identificadas	42	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.16	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Lilacs
Plataforma	iAHx - Portal Regional de la BVS
Fecha de búsqueda	22/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	Ninguna
Restricciones de lenguaje	Ninguna

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Otros límites	Revisiones sistemáticas o meta-análisis
Estrategia de búsqueda (resultados)	(“Deficiencia Intelectual” OR “Deficiencia Mental” OR “Discapacidad Mental” OR Idiotez OR “Retraso Mental”) AND (niños OR adolescentes OR infantes OR preescolares OR jóvenes) AND (terapia OR tratamiento OR psicoterapia) AND (“atención primaria de salud” OR “Asistencia Primaria” OR “Atención Básica” OR “Atención Primaria”)
Referencias identificadas	191

Reporte de búsqueda electrónica No.17	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Google académico
Plataforma	Google académico
Fecha de búsqueda	22/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017 - 2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguna
Estrategia de búsqueda (resultados)	((“Cognitive Dysfunction” OR “cognition disorder” OR “intellectual disability” OR “learning Disabilities”) AND (Child OR adolescent OR infant OR child,preschool)) AND ((treatment OR psychotherapy OR therapy) AND “Primary care") Filtro: 2017-2022
Referencias identificadas	117

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.18	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	PsycINFO
Plataforma	OVID
Fecha de búsqueda	26/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	2016 - 2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Otros límites	Reviews(maximizes specificity)	
Estrategia de búsqueda (resultados)	1	(adolescen* OR minor OR juvenile OR child* OR infant* OR teen OR youth OR preschool).tw
	2	(intellectual AND (impairment OR disabilit*)).tw OR (mental AND (deficienc* OR disease)).tw OR ((learning OR neurodevelopmental OR (development* adj3 intellectual)) AND disorder).tw
	3	((intervention* OR management OR treatment) AND (medical OR nurs* OR psycholog* OR quick OR therap* OR pychotherap*)).tw
	4	(primary AND (medical OR health) AND care).tw
	5	and/1-4
	6	limit 5 to (yr="2016 -Current" and "reviews (maximizes specificity)")
Referencias identificadas	196	

Copia No Controlada

Pregunta 4: ¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Reporte de búsqueda electrónica No.19	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Medline
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	27/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Systematic review OR meta-analysis
Estrategia de búsqueda (resultados)	("Mental disorders"[All Fields] OR "Anxiety disorders"[All Fields] OR "Conduct disorders"[All Fields] OR "Behavior disorders"[All Fields] OR "Neurodevelopmental disorders"[All Fields] OR "Depressive disorder"[All Fields] OR ("depressed"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms] OR "depression"[All Fields] OR "depressions"[All Fields] OR "depression s"[All Fields] OR "Depressive disorder"[MeSH Terms] OR

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "Depressive disorder"[All Fields] OR "depressivity"[All Fields] OR "depressive"[All Fields] OR "depressively"[All Fields] OR "depressiveness"[All Fields] OR "depressives"[All Fields]) OR ("anxiety"[MeSH Terms] OR "anxiety"[All Fields] OR "anxieties"[All Fields] OR "anxiety s"[All Fields]) OR "Mood disorders"[All Fields] OR "Affective disorder"[All Fields] OR "emotional disorder"[All Fields] OR "mental health"[All Fields] OR "cognitive dysfunction*"[All Fields] OR "cognition disorder*"[All Fields] OR "cognitive impairment*"[All Fields] OR "mild neurocognitive disorder*"[All Fields] OR "cognitive decline*"[All Fields] OR "mental deterioration*"[All Fields] OR "intellectual disability"[All Fields] OR "learning Disabilities"[Title/Abstract] OR "developmental disabilities"[Title/Abstract] OR "mental illness"[Title/Abstract] OR "psychiatric disorder"[Title/Abstract] OR "psychiatric diagnosis"[Title/Abstract] OR "psychiatric illness"[Title/Abstract]) AND ("Adolescents"[Title/Abstract] OR "Adolescence"[Title/Abstract] OR "teen*"[Title/Abstract] OR "teenager*"[Title/Abstract] OR "youth*"[Title/Abstract] OR "Child"[Title/Abstract] OR "child preschool"[Title/Abstract] OR "Children"[Title/Abstract] OR "Childhood"[Title/Abstract] OR "Infancy"[Title/Abstract] OR "school age"[Title/Abstract] OR "young"[Title/Abstract] OR "infant"[Title/Abstract]) AND ("education patient"[Title/Abstract] OR "Patient Education"[Title/Abstract] OR "Education of Patients"[Title/Abstract] OR "patient education as topic"[Title/Abstract] OR "psychoeducation"[Title/Abstract] OR "health education"[Title/Abstract] OR "community health education"[Title/Abstract] OR "counseling"[Title/Abstract] OR "therapeutic patient education"[Title/Abstract] OR "education care"[Title/Abstract] OR "health communication"[Title/Abstract] OR "family counseling"[Title/Abstract] OR "psycho-educational intervention"[Title/Abstract] OR "psychoeducational intervention*"[Title/Abstract] OR "psycho-education"[Title/Abstract]) AND ("meta analysis"[Publication Type] OR "meta analysis as topic"[MeSH Terms] OR "meta analysis"[All Fields] OR ("meta analysis as topic"[MeSH Terms] OR ("meta analysis"[All Fields] AND "topic"[All Fields]) OR "meta analysis as topic"[All Fields] OR "metaanalysis"[All Fields]) OR "systematic review"[All Fields])
Referencias identificadas	172

Copia no controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.20	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	27/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017 – 2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Meta analysis, systematic review

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Estrategia de búsqueda (resultados)	#13.	#12 AND (2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de)
	#12.	#1 AND #10 AND #11
	#11.	#8 OR #9
	#10.	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7
	#9.	((patient* NEAR/3 educat*):ti,ab) OR counseling:ti,ab OR psychoeducat*:ti,ab OR 'psycho educat*':ti,ab OR ((health NEAR/3 educat*):ti,ab) OR ((care* NEAR/3 educat*):ti,ab) OR ((health NEAR/3 communicat*):ti,ab) OR 'information for patient*':ti,ab
	#8.	'patient education'/exp OR 'psychoeducation'/exp OR 'health education'/exp OR 'counseling'/exp OR 'medical information'/exp
	#7.	cognit*:ti,ab AND (dysfunction*:ti,ab OR disorder*:ti,ab OR impairment*:ti,ab)
	#6.	depression:ti,ab OR anxiety:ti,ab
	#5.	(mental:ti,ab OR anxiety:ti,ab OR conduct:ti,ab OR behavior:ti,ab OR neurodevelopmental:ti,ab OR depressive:ti,ab OR mood:ti,ab OR affective:ti,ab OR emotional:ti,ab OR psychiatric:ti,ab) AND disorder:ti,ab
	#4.	'mental disease'/exp OR 'anxiety disorder'/exp OR 'conduct disorder'/exp OR 'behavior disorder'/exp OR 'depression'/exp OR 'mood disorder'/exp OR 'emotional disorder'/exp OR 'cognitive defect'/exp
	#3.	disorder AND ((development* NEAR/3 intellectual):ti,ab)
	#2.	'intellectual impairment'/exp OR 'intellectual disabilities'/exp OR 'intellectual disabilit*':ti,ab OR 'mental deficiency'/exp OR 'mental deficienc*':ti,ab OR 'learning disorder'/exp OR 'learning disorder':ti,ab OR 'mental disease'/exp OR 'neurodevelopmental disorder':ti,ab
	#1.	'adolescent'/exp OR 'minor (person)'/exp OR 'juvenile'/exp OR 'child'/exp OR 'preschool child'/exp OR 'infant'/exp OR adolescen*:ti,ab OR teen*:ti,ab OR minor*:ti,ab OR youth:ti,ab OR child*:ti,ab OR preschool:ti,ab OR infan*:ti,ab
Referencias identificadas	204	

Copia No controlada

Reporte de búsqueda electrónica No.21	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Lilacs
Plataforma	iAHx - Portal Regional de la BVS
Fecha de búsqueda	31/01/2022

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Rango de fecha de búsqueda	Ninguna
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Revisiones sistemáticas o meta-análisis
Estrategia de búsqueda (resultados)	(Mental disorder) OR (Anxiety disorders) OR (Conduct disorders) OR (Neurodevelopmental disorders) OR (Depressive disorder) OR Depression OR anxiety OR (Mood disorders) OR (mental health) OR (Cognitive Dysfunction) OR (cognition disorder) OR (intellectual disability) OR (learning Disabilities) OR (developmental disabilities) OR (psychiatric disorder) AND (adolescent) OR (child) OR (infant) OR (child, preschool) AND (health education) OR (patient education as topic) OR (Education of Intellectually Disabled) AND (Patient Education) OR (Education of Patients) OR (patient education as topic) OR psychoeducation OR (health education) OR (community health education) OR counseling OR (therapeutic patient education) OR (education care) OR (health communication) OR (family counseling) OR (psycho-educational intervention) OR (psychoeducational intervention) OR psycho-education OR (information for patient) AND (Systematic review) OR (meta-analysis)
Referencias identificadas	44
Reporte de búsqueda electrónica No.22	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	Google académico
Plataforma	Google académico
Fecha de búsqueda	22/01/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017 – 2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguna
Estrategia de búsqueda (resultados)	(“Anxiety disorders” OR “Conduct disorders” OR “Neurodevelopmental disorders” OR “Depressive disorder” OR “Cognitive Dysfunction” OR “intellectual disability”) AND (adolescent OR child) AND Psychoeducation AND (systematic review) filtro 2017-2022
Referencias identificadas	110
Reporte de búsqueda electrónica No.23	
Tipo de búsqueda	Revisiones sistemáticas de la literatura
Base de datos	PsycINFO
Plataforma	OVID

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

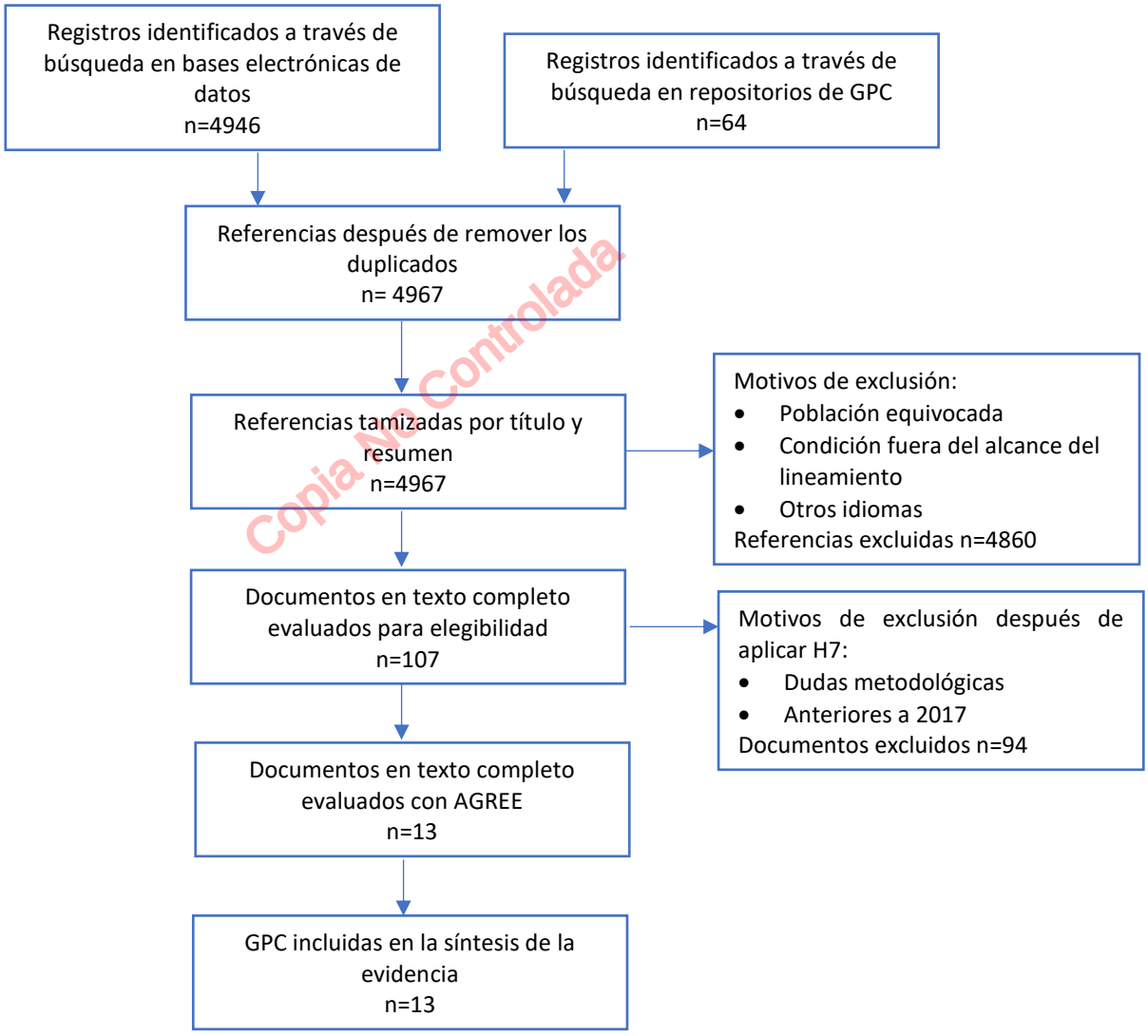
Fecha de búsqueda	27/01/2022	
Rango de fecha de búsqueda	2016 – 2022	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Reviews(maximizes specificity)	
Estrategia de búsqueda (resultados)	1	(adolescen* OR minor OR juvenile OR child* OR infant* OR teen OR youth OR preschool).tw
	2	(intellectual AND (impairment OR disabilit*)).tw OR (mental AND (deficienc* OR disease)).tw OR ((learning OR neurodevelopmental OR (development* adj3 intellectual)) AND disorder).tw
	3	(Mental OR Anxiety OR Conduct OR Behavior OR Neurodevelopmental OR Depressive OR mood OR affective OR emotional OR psychiatric).tw AND (disorder).tw
	4	(Depression OR anxiety).tw
	5	Cognit*.tw AND (Dysfunction* OR disorder* OR Impairment* OR defect).tw
	6	(patient* adj3 educat*).tw OR counseling.tw OR (psychoeducat* OR psycho-educat*).tw OR (health adj3 educat*).tw OR (care* adj3 educat*).tw OR (health adj3 communicat*).tw OR 'medical information'.tw OR 'information for patient*'.tw
	7	or/2-5
	8	and/1,7,6
	9	limit 8 to (yr="2016 -Current" and "reviews (maximizes specificity)")
Referencias identificadas	81	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.4 Anexo 4. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia

Figura 1 Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de la evidencia: GPC

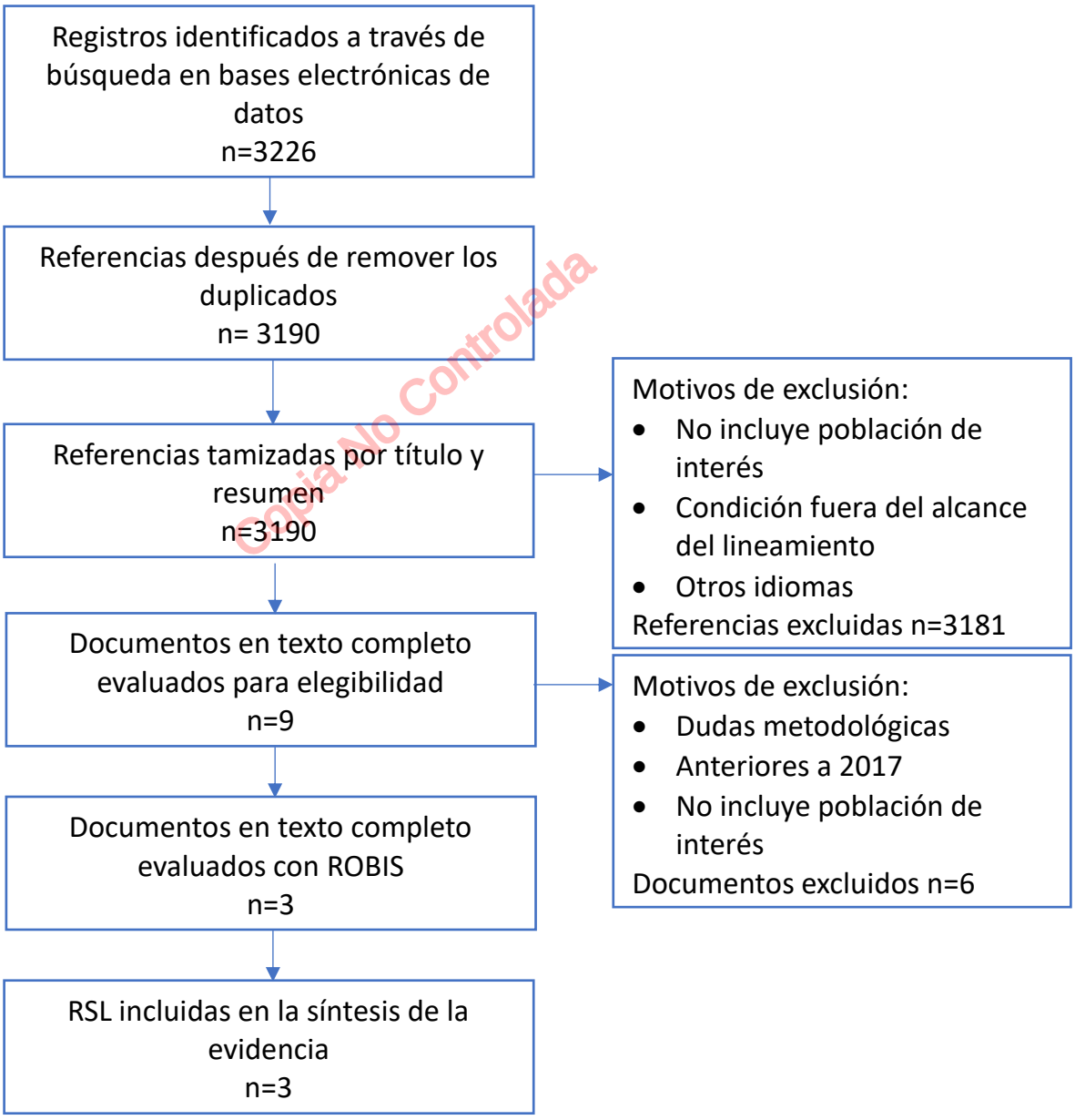


Copia No Controlada

Fuente: Elaboración propia.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

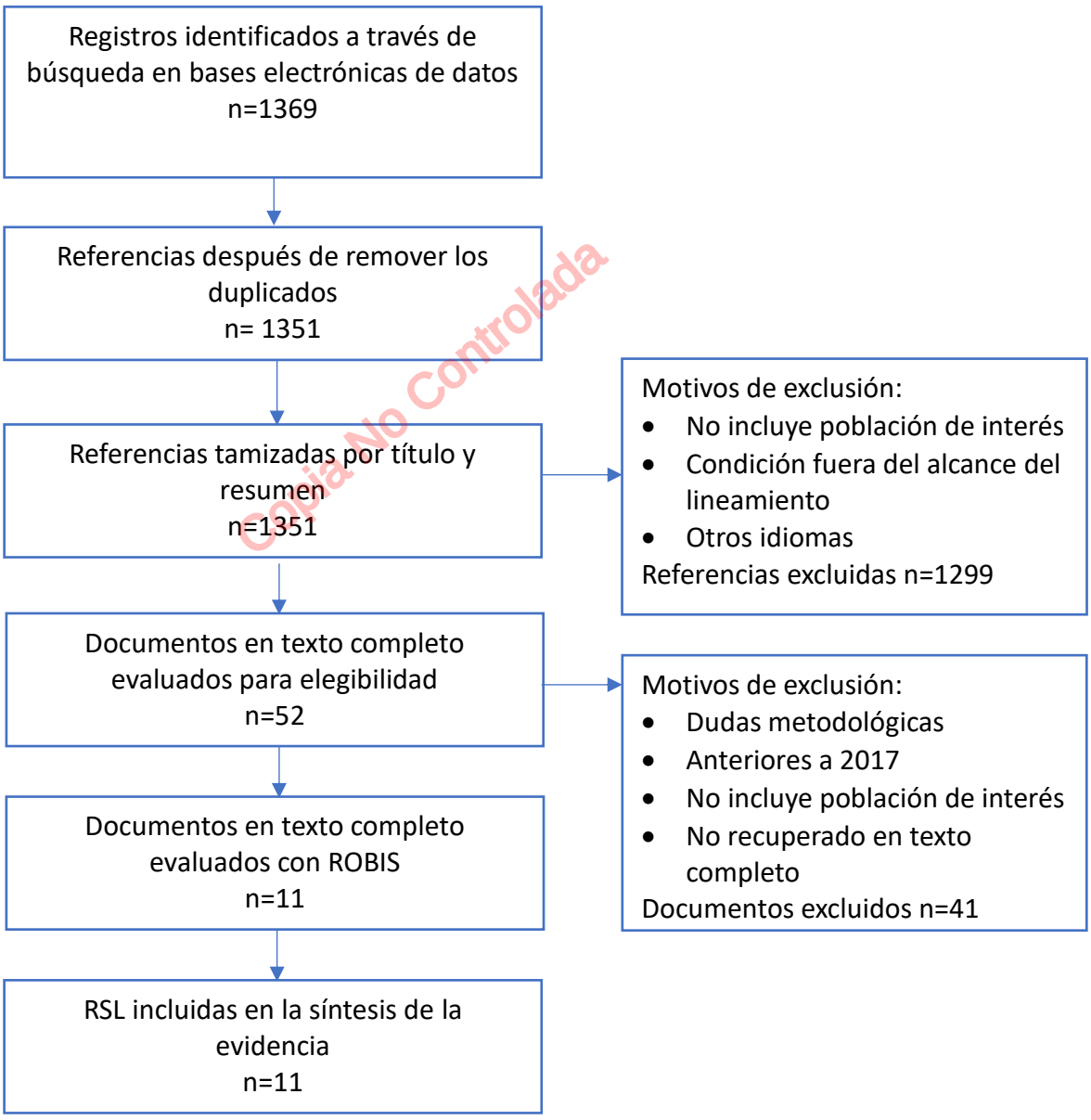
Figura 2. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de la evidencia - Revisiones sistemáticas de la literatura: pregunta 2



Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

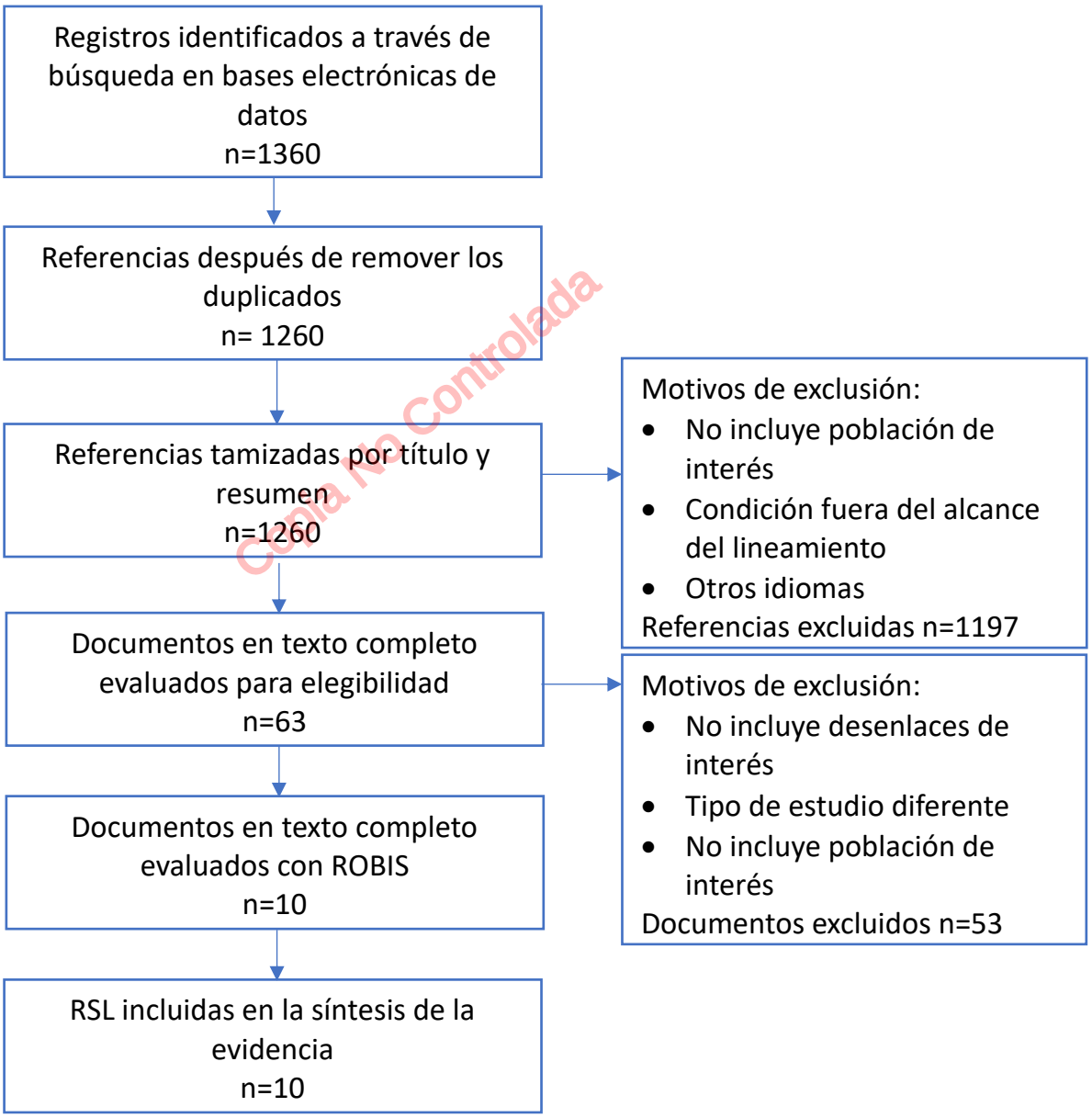
Figura 3. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de la evidencia - Revisiones sistemáticas de la literatura: pregunta 3



Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Figura 4. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de la evidencia - Revisiones sistemáticas de la literatura: pregunta 4



Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.5 Anexo 5. Lista de artículos incluidos y excluidos

Lista GPC incluidas

1. Secretaría de Salud, CENETEC. Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica de enfermería [Internet]. México; 2017. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

2. Secretaría de Salud, CENETEC. Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica de enfermería [Internet]. México; 2017. Available from: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=3314

3. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, Levitt A, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics [Internet]. 2018 Mar 1;141(3). Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article/141/3/e20174081/37626/Guidelines-for-Adolescent-Depression-in-Primary

4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline [NG134] [Internet]. NICE; 2019. 46 p. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng134

5. National Institute for Healthcare and Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). NICE; 2018. 58 p.

6. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guía de práctica clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida [Internet]. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).; 2012. 191 p. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265022192027

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment [Internet]. NICE; 2017. 42 p. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng69

8. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [Internet]. 2020 Oct;59(10):1107–24. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S089085672030280X

9. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics [Internet]. 2019 Oct 1;144(4). Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article/144/4/e20192528/81590/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Diagnosis

10. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. 2019.

11. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK, Levitt A, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. Pediatrics [Internet]. 2018 Mar 1;141(3). Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article/141/3/e20174082/37654/Guidelines-for-Adolescent-Depression-in-Primary

12. Michigan Medicine. University of Michigan. Ambulatory Unipolar Depression Guideline [Internet]. 2021. Available from: https://michmed-public.policystat.com/policy/8093108/latest/

13. National Institute for Health and Care Excellence. Learning disabilities and behaviour that challenges: service design and delivery [Internet]. Reino Uniido; 2018. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng93

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Lista RSL incluidas

Pregunta 2:

1. Newton AS, Soleimani A, Kirkland SW, Gokiert RJ. A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department. Cloutier R, editor. Academic Emergency Medicine [Internet]. 2017 May;24(5):552–68. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.13162

2. Bryce SD, Bowden SC, Wood SJ, Allott K. Brief, Performance-Based Cognitive Screening in Youth Aged 12–25: A Systematic Review. Journal of the International Neuropsychological Society [Internet]. 2021 Sep 19;27(8):835–54. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1355617720001241/type/journal_article

3. McVoy M, Lytle S, Fulchiero E, Aebi ME, Adeleye O, Sajatovic M. A systematic review of quantitative EEG as a possible biomarker in child psychiatric disorders. Psychiatry Res. 2019 Sep;279:331-344. doi: 10.1016/j.psychres.2019.07.004. Epub 2019 Jul 9. PMID: 31300243.

Copia No Controlada

Pregunta 3:

1. Mayer-Benarous H, Benarous X, Vonthron F, Cohen D. Music Therapy for Children With Autistic Spectrum Disorder and/or Other Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2021 Apr 9;12. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.643234/full

2. Reichow B, Lemons CJ, Maggin DM, Hill DR. Beginning reading interventions for children and adolescents with intellectual disability. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2019 Dec 5;2019(12). Available from: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011359.pub2

3. Ho H, Perry A, Koudys J. A systematic review of behaviour analytic interventions for young children with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research [Internet]. 2021 Jan 24;65(1):11–31. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jir.12780

4. McGarty AM, Downs SJ, Melville CA, Harris L. A systematic review and meta-analysis of interventions to increase physical activity in children and adolescents with

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research [Internet]. 2018;62(4):312–29. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jir.12467

5. Fragala-Pinkham MA, Ball AL, Jeffries LM. Efficacy of Lower Extremity Cycling Interventions for Youth with Intellectual Disabilities: A Systematic Review. Physical & Occupational Therapy In Pediatrics [Internet]. 2021 Jul 4;41(4):410–28. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01942638.2020.1862384

6. May T, Chan ES, Lindor E, McGinley J, Skouteris H, Austin D, et al. Physical, cognitive, psychological and social effects of dance in children with disabilities: systematic review and meta-analysis. Disability and Rehabilitation [Internet]. 2021 Jan 2;43(1):13–26. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2019.1615139

7. Torra Moreno M, Canals Sans J, Colomina Fosch MT. Behavioral and Cognitive Interventions With Digital Devices in Subjects With Intellectual Disability: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2021 Apr 13;12. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.647399/full

8. Sun C-K, Tseng P-T, Wu C-K, Li D-J, Chen T-Y, Stubbs B, et al. Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Scientific Reports [Internet]. 2019 Dec 4;9(1):15908. Available from: http://www.nature.com/articles/s41598-019-52205-6

9. St John L, Borschneck G, Cairney J. A Systematic Review and Meta-Analysis Examining the Effect of Exercise on Individuals With Intellectual Disability. Am J Intellect Dev Disabil. 2020 Jul 1;125(4):274-286. doi: 10.1352/1944-7558-125.4.274

10. Davico C, Canavese C, Vittorini R, Gandione M, Vitiello B. Anticonvulsants for Psychiatric Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review of Their Efficacy. Front Psychiatry. 2018 Jun 22;9:270. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00270.

11. Lambez B, Harwood-Gross A, Golumbic EZ, Rassovsky Y. Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2020 Jan;120:40-55. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.10.007.

Pregunta 4:

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

1. Schwartz C, Barican J lou, Yung D, Zheng Y, Waddell C. Six decades of preventing and treating childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis to inform policy and practice. Evidence Based Mental Health [Internet]. 2019 Aug;22(3):103–10. Available from: https://ebmh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ebmental-2019-300096

2. Baourda VC, Brouzos A, Mavridis D, Vassilopoulos SP, Vatkali E, Boumpouli C. Group Psychoeducation for Anxiety Symptoms in Youth: Systematic Review and Meta-analysis. The Journal for Specialists in Group Work [Internet]. 2022 Jan 2;47(1):22–42. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01933922.2021.1950881

3. Brady P, Kangas M, McGill K. "Family Matters": A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. Journal of Marital and Family Therapy [Internet]. 2017 Apr;43(2):245–63. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmft.12204

4. Powell LA, Parker J, Weighall A, Harpin V. Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. Journal of Attention Disorders [Internet]. 2022 Feb 5;26(3):340–57. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054721997553

5. Robinson J, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine [Internet]. 2018 Oct;4–5:52–91. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537018300415

6. Goodwin J, Saab MM, Dillon CB, Kilty C, McCarthy A, O'Brien M, et al. The use of film-based interventions in adolescent mental health education: A systematic review. Journal of Psychiatric Research [Internet]. 2021 May;137:158–72. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395621001333

7. Bevan Jones R, Thapar A, Stone Z, Thapar A, Jones I, Smith D, Simpson S. Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. Patient Educ Couns. 2018 May;101(5):804-816

8. Chancel R, Miot S, Dellapiazza F, Baghdadli A. Group-based educational interventions in adolescents and young adults with ASD without ID: a systematic review focusing on

Copia no Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

the transition to adulthood. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020 Sep 5. doi: 10.1007/s00787-020-01609-1.

9. Pedersen, G.A., Smallegange, E., Coetzee, A. et al. A Systematic Review of the Evidence for Family and Parenting Interventions in Low- and Middle-Income Countries: Child and Youth Mental Health Outcomes. J Child Fam Stud 2019;28:2036–2055. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01399-4

10. Cardy, J.L., Waite, P., Cocks, F. et al. A Systematic Review of Parental Involvement in Cognitive Behavioural Therapy for Adolescent Anxiety Disorders. Clin Child Fam Psychol Rev 2020;23:483–509. https://doi.org/10.1007/s10567-020-00324-2

Lista artículos excluidos

Copia No Controlada

Tabla 1. Razones de exclusión de las GPC

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
ACOG committee opinion	2017		Consenso
ADHD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of ADHD	2011	Déficit de atención	Anterior al 2017
Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people	2013	Trastorno de la conducta	Anterior al 2017
Anxiety Disorders	2015	Ansiedad	Población adulta
Assessment, diagnosis and interventions for autism	2016	Autismo	No es clara la estrategia de búsqueda
Attention Deficit	2014	Tdah	No es clara la estrategia de búsqueda
Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and complex ptsd	2020	Estrés agudo, postraumático y complejo	No se basa en la evidencia, es más capitulo de libro

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
Autism spectrum disorder in under 19s: support and management	2011	Autismo	Anterior a 2017
Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis	2011	Autismo	Anterior a 2017
Bipolar disorder: assessment and management	2014	Trastorno bipolar	Anterior a 2017
Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour	2015	Comportamiento agresivo en niños con TDAH o trastorno de conducta	Población con comorbilidades
Child-maltreatment-when-to-suspect-maltreatment-in-under-18s	2009	Maltrato infantil	No es el interés del lineamiento
Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder	2012	Trastorno de personalidad	Anterior a 2017
Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	2010	Tdah	Anterior a 2017
Coexisting-severe-mental-illness-and-substance-misuse-community-health-and-social-care-services	2016	Enfermedad mental severa y abuso de sustancias	No es el interés del lineamiento
Coexisting-severe-mental-illness-and-substance-misuse	2019	Enfermedad mental severa y abuso de sustancias	No es el interés del lineamiento
Coexisting-severe-mental-illness-psychosis-and-substance-misuse-assessment-and-management-in-healthcare-settings	2011	Enfermedad mental severa y abuso de sustancias	No es el interés del lineamiento
Depression in Primary Care: Detection and Diagnosis(Volume 1: Detection and Diagnosis)	1993	Depresión	No basada en evidencia. Anterior a 2017
Depression in Primary Care (Volume 2 Treatment of MajorDepression)	1993	Depresión	No basada en evidencia. Anterior a 2017

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
Depression	2012	Depresión	No especifica estrategia de búsqueda
Depression-in-children-and-young-people	2013	Depresión	Anterior a 2017
Drug-misuse-in-over-16s-opioid-detoxification	2007	Detoxificación de opioides	No es el interés del lineamiento
Drug-misuse-in-over-16s-psychosocial-interventions	2007	Intervenciones sicosociales en abuso de drogas	No es el interés del lineamiento
Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants	2008	Depresión	No es clara la estrategia de búsqueda. Anterior a 2017
Improving early childhood development	2020	Desarrollo	El capitulo de salud mental está enfocado en salud de la madre
Learning disability: behaviour that challenges	2015	Problemas de aprendizaje	Anterior a 2017. Es un estándar de calidad
Learning-disability-identifying-and-managing-mental-health-problems	2017	Problemas de aprendizaje	Anterior a 2017. Es un estándar de calidad
Management of autism in children and young people_ a good clinical practice guideline	2014	Autismo	Anterior a 2017
Mental health problems in people with learning disabilities	2016	Enfermedades mentales en niños con problemas de aprendizaje	Anterior a 2017. Es un estándar de calidad y mira población que ya tiene problema de aprendizaje

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
Mental healthpromotive and preventive interventions for adolescents	2020	Promoción y prevención en salud mental	No es el interés del lineamiento
Obsessivecompulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment	2005	Toc	Anterior a 2017
Posttraumatic-stress-disorder	2018	Estrés postraumático	No es el interés del lineamiento
Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents With Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)	2020	Desordenes psiquiátricos en niños con problemas de aprendizaje	La población ya tiene comorbilidad
Recommendations on screening for developmental delay	2016	Retraso en desarrollo	Anterior a 2017
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: bipolar disorder summary	resumen 2018, guía complet a 2015	Trastorno bipolar	No es clara la estrategia de búsqueda
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary	resumen 2018, guía complet a 2015	Depresión	No es clara la estrategia de búsqueda
Screening for Depression in Children and Adolescents U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement	2016	Depresión	No es clara la estrategia de búsqueda
Selfharm-in-over-8s-longterm-management-	2011	Autolesiones	Anterior a 2017
Social anxiety disorder	2013	Ansiedad	Anterior a 2017
Treatment of Maladaptive Aggression in Youth: CERT Guidelines II. Treatments and Ongoing Management	2012	Agresividad	No es el interés del lineamiento
Treatment of Maladaptive Aggression in Youth: CERT Guidelines I. Engagement, Assessment, and Management	2012	Agresividad	No es el interés del lineamiento

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
WHO mhGAP Guideline	2015	Depresión, desorden mental.	Anterior a 2017
Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia	2014	Esquizofrenia	No es el interés del lineamiento
Guía clínica para el trastorno negativista desafiante	2010	Trastorno negativista desafiante	Parece más revisión de tema
Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes	2010	Ansiedad	Parece más revisión de tema
Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave	2009	Trastorno mental grave	Anterior a 2017
Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida i. Evaluación y tratamiento.	2011	Conducta suicida	No disponible
Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia manejo en atención primaria y en salud mental	2019	Psicosis y esquizofrenia	Población mayor de 18 años. No interés para el lineamiento
Guía de práctica clínica tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y salud mental Guía rápida	2015	Ansiedad	Población mayor de 18 años. No interés para el lineamiento
Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial	2013	Trastorno bipolar	Anterior a 2017
Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia	2009	Depresión mayor	Anterior a 2017
Guía de práctica clínica sobre la depresión en niños y adolescentes	2016	Depresión	Anterior a 2017. No es claro el

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
			proceso desarrollado y la búsqueda de evidencia
Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización	2018	Depresión mayor	No es clara búsqueda de evidencia
Trastornos mentales y del comportamiento en la niñez y la adolescencia	2015	Trastornos mentales y del comportamiento	Parece revisión de tema
Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o diagnóstico e diagnóstico diferencial do transtorno de ansiedade social	2010	Ansiedad social	Anterior a 2017
Autism: the management and support of children and young people on the autism spectrum (NICE Clinical Guideline 170)	2015	Autismo	Es un resumen de la guía NICE de autismo
Best Practices for Mental Health in Child Welfare: Screening, Assessment, and Treatment Guidelines	2009	Salud mental	No disponible
Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence	2000	depresión	Es revisión de tema
Consensus Statement of the Indian Academy of Pediatrics on Evaluation and Management of Autism Spectrum Disorder	2017	Autismo	Consenso
Consensus Statement of the Indian Academy of Pediatrics on Evaluation and Management of Learning Disability	2017	Problemas de aprendizaje	Consenso
Depression and Bipolar Support Alliance Consensus Statement on the Unmet Needs in Diagnosis and Treatment of Mood Disorders in Children and Adolescents	2003	Trastornos del animo	Consenso
Development of guidelines for tertiary education institutions to assist them in supporting students with a mental illness:	2013	Enfermedades mentales	Consenso Delphi

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
a Delphi consensus study with Australian professionals and consumers			
Evidence-Based Recommendations for the Treatment of Aggression in Pediatric Patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder	2011	Agresividad	Tratamiento de agresividad en pacientes con déficit de atención
Experts' Recommendations for Treating Maladaptive Aggression in Youth	2011	Agresividad	Anterior a 2017. Consenso
Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes	2015	Trastornos de la conducta	Consenso
Global consensus on ADHD/HKD	2005	Tdah	Consenso
Guía de práctica clínica para el tamizaje y manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención del Seguro Social del Perú (EsSalud)	2020	Depresión	Población adulta
International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions	2004	Tdah	Consenso
NICE guideline review: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87)	2019	Tdah	Resumen de la guía NICE de TDHA
Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder	2014	Autismo	Anterior a 2017
Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder	2007	Trastorno bipolar	Anterior a 2017. No hay estrategia clara de búsqueda
Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder	1997	Trastorno bipolar	Versión anterior de la guía 89

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults With Autism and Other Pervasive Developmental Disorders	1999	Autismo	Es revisión de tema.
Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents	1995	Evaluación psiquiátrica	Anterior a 2017. No hay estrategia clara de búsqueda
Society for Developmental and Behavioral Pediatrics Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Complex Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	2020	Tdah	No es clara la estrategia de búsqueda y el grupo desarrollador
Using the APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression in Children and Adolescents	2021	Depresión	Es un flujograma del tratamiento
Texas Children_s Medication Algorithm Project: Update From Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder	2007	Depresión	No es clara la estrategia de búsqueda y el grupo desarrollador
The Pediatrician's Role in the Diagnosis and Management of Autistic Spectrum Disorder in Children	2001	Autismo	Es revisión de tema
Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children and Teens: What You Need to Know	2021	Tdah	Información del tema
Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAY). Part II	2003	Agresividad	Anterior a 2017. Estrategia de búsqueda en otro articulo
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1:	2009	Depresión	No hay búsqueda clara de evidencia

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
Acute and Continuation Treatment of Major Depressive Disorder			
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders. Part 2: Maintenance Treatment of Major Depressive Disorder-Update 2015	2015	Depresión	No hay búsqueda clara de evidencia
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance Treatment of Major Depressive Disorder and Treatment of Chronic Depressive Disorders and Subthreshold depressions	2009	Depresión	No hay búsqueda clara de evidencia
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders First Revision	2008	Ansiedad-TOC-estrés postraumático	No hay búsqueda clara de evidencia
Guía de Práctica Clínica Trastorno Ansioso	2020	Trastornos ansiosos	Población adulta
Guía clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión	2013	Depresión	Anterior a 2017
Guías Clínicas AUGE Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia	2017	Depresión	Mayores de 18 años
Guía Clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y más	2013	Depresión	Mayores de 18 años
Guía de practica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias	2019	Trastorno mental grave	Población adulta

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Nombre GPC	Año	Condición de salud	Razón de exclusión
Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	2017	Tdah	No es explicita la estrategia de búsqueda de evidencia
Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización	2018	depresión mayor	No es explicita la estrategia de búsqueda de evidencia
Withdrawal of, and alternatives to, valproate-containing medicines in girls and women of childbearing potential who have a psychiatric illness	2018	Enfermedades psiquiátricas	No está basada en la evidencia
Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology	2016	Trastorno bipolar	Consenso

Copia No Controlada

Tabla 2: Razones de exclusión de las RSL derivadas de la búsqueda de la pregunta 2 (medios de tamizaje)

RSL	Año	Razón de exclusión
Informant-based assessment instruments for dementia in people with intellectual disability: A systematic review and standardised evaluation.	2021	No incluye población de interés: Se enfoca en demencia
The process and criteria for diagnosing specific learning disorders: indications from the Consensus Conference promoted by the Italian National Institute of Health.	2014	No presenta detalles de la evaluación de calidad de lo estudios.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

The identification of children with, or at significant risk of, intellectual disabilities in low- and middle-income countries: a review.	2012	Anterior a 2017
Applications for self-administered mobile cognitive assessments in clinical research: A systematic review.	2017	No incluye población de interés
The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia: a meta-analysis.	2008	No incluye desenlaces de interés
Wisconsin Card Sorting Test with children: a meta-analytic study of sensitivity and specificity.	2004	Es anterior a 2017 y solo presenta generalidades en los métodos

Copia No Controlada

Tabla 3. Razones de exclusión de las RSL derivadas de la búsqueda de la pregunta 3 (intervenciones integrales)

RSL	Año	Razón de exclusión
[Pharmacological interventions for intellectual disability and autism].	2019	No recuperado
[The Impact of Non-Pharmacologic Lifestyle Interventions in People with Severe Mental Illness - A Systematic Review].	2018	Otro idioma
A guide to psychopharmacological treatment of patients with intellectual disability in psychiatry.	2017	Revisión de literatura. Solo menciona bases de datos usadas y algunas palabras utilizadas. No evalúa calidad.
A multilevel meta-analysis of single-case and small-n research on interventions for reducing challenging behavior in persons with intellectual disabilities.	2012	Anterior a 2017
A review of the evidence for the diagnosis and management of pre-school ADHD	2019	Recopilación de abstracts (no hay documento completo)
A Systematic Review of Animal-Assisted Therapy on Psychosocial Outcomes in People with Intellectual Disability.	2016	Anterior a 2017

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
A systematic review of the assessment of support needs in people with intellectual and developmental disabilities	2020	No es útil para responder la pregunta (evalúa desenlaces de necesidad de apoyo pero no aporta intervenciones de manejo)
A systematic review of the use of virtual reality and its effects on cognition in individuals with neurocognitive disorders.	2019	Población adulta y desenlaces como demencia y accidente cerebrovascular
A systematic review on the effect of exercise interventions on challenging behavior for people with intellectual disabilities.	2014	La población en los estudios incluidos es adulta
Amfetamine for attention deficit hyperactivity disorder in people with intellectual disabilities.	2009	Incluye un solo estudio en niños con cromosoma x frágil.
Application and Effectiveness of Telehealth to Support Severe Mental Illness Management: Systematic Review.	2018	Población adulta
Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities.	2015	Anterior a 2017
Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities.	2004	Incluye 4 estudios realizados en adultos
Effects of physical activity on behaviour and emotional problems, mental health and psychosocial well-being in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review.	2021	No recuperado
Effects of Physical Activity on the Physical and Psychosocial Health of Youth With Intellectual Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis.	2019	No recuperado
Efficacy of atypical antipsychotic medication in the management of behaviour problems in children with	2011	Anterior a 2017

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
intellectual disabilities and borderline intelligence: a systematic review.		
Efficacy of beta blockers in the management of problem behaviours in people with intellectual disabilities: a systematic review.	2013	Anterior a 2017
Efficacy of working memory training in children and adolescents with learning disabilities: A review study and meta-analysis.	2016	Anterior a 2017
eHealth in the support of people with mild intellectual disability in daily life: A systematic review.	2020	OK. No presenta resultados específicos para niños.
Evaluated interventions addressing developmental transitions for youth with mental health disorders: a meta-analysis.	2021	No recuperado
Interventions for mental health problems in children and adults with severe intellectual disabilities: a systematic review.	2018	No presenta resultados específicos para niños.
Medication management in intellectual disability settings: A systematic review.	2019	No presenta resultados específicos para niños. La intervención evaluada es la gestión de medicamentos
Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen) for individuals with intellectual disability.	2009	No tiene recomendaciones específicas para niños
Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation.	1997	No recuperado
Music research with children and youth with disabilities and typically developing peers: a systematic review.	2012	Anterior a 2017. No evalúa desenlaces clínicos
Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments.	2013	Anterior a 2017. No presenta resultados específicos para niños.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
Practitioner Review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: a systematic and critical evaluation of the literature from 1990-2010.	2013	Anterior a 2017
Psychodynamic psychotherapy in severe and profound intellectual disability.	2020	No recuperado
Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis.	2013	Anterior a 2017. No presenta resultados específicos para niños.
Psychosocial treatments for ADHD: a systematic appraisal of the evidence.	2015	Anterior a 2017. No evalúa desenlaces clínicos
Reducing challenging behaviors and enhancing functioning in youth with an intellectual disability: A meta-analysis of behavioral interventions using single case designs.	2018	No recuperado
Systematic review of restraint interventions for challenging behaviour among persons with intellectual disabilities: focus on effectiveness in single-case experiments.	2014	Anterior a 2017. No presenta resultados específicos para niños.
The effect of interventions aimed at improving participation outcomes for children with disabilities: a systematic review.	2015	Anterior a 2017
The effectiveness of aripiprazole in the management of problem behaviour in people with intellectual disabilities, developmental disabilities and/or autistic spectrum disorder--a systematic review.	2014	Anterior a 2017
The Effectiveness of Intensive Interaction, A Systematic Literature Review.	2015	Anterior a 2017. No presenta resultados específicos para niños.
The effectiveness of psychosocial interventions for children with a psychiatric disorder and mild intellectual disability to borderline intellectual functioning: A systematic literature review and meta-analysis.	2016	Anterior a 2017

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
The efficacy of cognitive training programs in children and adolescents: a meta-analysis.	2013	Anterior a 2017
The impact of physical activity and sport programs on community participation for people with intellectual disability: A systematic review.	2020	No presenta resultados específicos para niños.
Pharmacotherapy of attention deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review of the literature.	2020	Comorbilidad
Possible Cognitive Benefits of Acute Physical Exercise in Children With ADHD.	2017	Basado en RS del 2013
Psychological interventions for depression in children and young people with an intellectual disability and/or autism: systematic review.	2021	Comorbilidad

Copia No Controlada

Tabla 4. Razones de exclusión de las RSL derivadas de la búsqueda de la pregunta 4 (psicoeducación)

RSL	Año	Razón de exclusión
P.0033 The effectiveness of preventive interventions for anxiety features in young people: a systematic review and meta-analysis	2021	Es un resumen de congreso
Clinical rationale and evidence for effectiveness of non-pharmacological and behavioural management of adhd in children and adolescents	2021	Es un resumen de congreso
Caring for children with neurodevelopmental disorders	2019	Es un resumen de congreso
Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of nonpharmacologic interventions to reduce suicide risk among adolescents	2019	Es un resumen de congreso

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
3.4 Is physical exercise beneficial for children and adolescents who suffer from depression?	2019	Es un resumen de congreso
69.4 Management of pediatric bipolar disorder	2019	Es un resumen de congreso
Evidence-based multidisciplinary assessment and management of children and adolescents with neurodevelopmental disorders	2019	Es un resumen de congreso
Online peer-to-peer suicide prevention programs in youth and young adults: A systematic review	2019	Población incorrecta
Promoting evidence-based practice in the provision of health-coaching interventions for parents of children with developmental disabilities: Systematic literature review	2018	Es un resumen de congreso
Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs.	2018	Enfocado en resiliencia
Moderators of psychological and psychoeducational interventions for the prevention of anxiety: A systematic review.	2020	Moderadores de intervenciones psicológicas
Early Intervention in Mental Health for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review.	2018	No disponible
Moderators of psychological and psychoeducational interventions for the prevention of depression: A systematic review.	2020	Población incorrecta
Effects of interventions for social anxiety and shyness in school-aged children: A systematic review and meta-analysis.	2021	Hace referencia a tratamiento
Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health.	2015	Población incorrecta. Anterior a 2017
Parental Barriers in Seeking Mental Health Services for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children: Systematic Review.	2022	Desenlace incorrecto
The modules of mental health programs implemented in schools in low- and middle-income countries: findings from a systematic literature review.	2020	Desenlace incorrecto

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis.	2020	Población incorrecta
Meta-analysis: Which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder?	2021	Evalúa como desenlaces salud mental y competencia de los padres
What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review.	2020	Desenlace incorrecto
Examining the effect size of the psychoeducation in a Turkish sample: A meta analysis study.	2018	No describe posibles modalidades de psicoeducación, solo presenta tamaños del efecto de la misma (bajos, medios o altos)
Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión	2011	Anterior a 2017
Consumer smartphone apps marketed for child and adolescent anxiety: A systematic review and content analysis	2018	Desenlace incorrecto
Gaining super control: Psychoeducational group intervention for adolescents with mild intellectual disability and their parents	2021	Diseño de estudio incorrecto
Effect of group psychoeducation for major depressive disorder: a systematic review	2019	Población incorrecta
What is the level of evidence for the use of currently available technologies in facilitating the self-management of difficulties associated with ADHD in children and young people? A systematic review	2018	Desenlace incorrecto
Mental health mobile apps for preadolescents and adolescents: a systematic review	2017	Se enfoca en la evaluación de efectividad o si existen estudios disponibles para la evaluación de aplicaciones móviles,

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
		antes que el contenido de las mismas.
Effectiveness of online psychological and psychoeducational interventions to prevent depression: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	2020	Población incorrecta
Mediators in psychological and psychoeducational interventions for the prevention of depression and anxiety. A systematic review	2020	Desenlace incorrecto
Systematic review of the information and communication technology features of web-and mobile-based psychoeducational interventions for depression	2017	Población incorrecta
Effectiveness of psychoeducation on psychological wellbeing and self-determination in key caregivers of children with intellectual disability	2017	No disponible
Mindfulness-based interventions for youth with anxiety: A systematic review and meta-analysis	2019	Desenlace incorrecto
Beginning reading interventions for children and adolescents with intellectual disability.	2019	Desenlace incorrecto
A Systematic Review on TeleMental Health in Youth Mental Health: Focus on Anxiety, Depression and Obsessive-Compulsive Disorder.	2021	Población incorrecta
Effectiveness of information and communication technologies interventions to increase mental health literacy: A systematic review.	2018	Desenlace incorrecto
'School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: A systematic review and network meta-analysis': Correction.	2020	Se enfoca en intervenciones para para tratamiento de depresión y ansiedad antes que en estrategias de psicoeducación para fortalecer habilidades de pacientes, cuidadores, etc

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
The Use of Social Networking Sites in Mental Health Interventions for Young People: Systematic Review.	2018	Población incorrecta
Are online mental health interventions for youth effective? A systematic review.	2021	Población incorrecta
Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma - a systematic review.	2022	Desenlace incorrecto
Promotion of children's mental health: nurses' contributions	2020	Diseño de estudio incorrecto
Review of interventions for the management of anxiety symptoms in children with ASD.	2018	Diseño de estudio incorrecto
Working together to improve the mental health of indigenous children: A systematic review.	2019	Desenlace incorrecto. Se enfoca en procesos de integración de servicios intersectoriales
Caregivers of adolescents with mental health issues using communication technology: a systematic review.	2020	Desenlace incorrecto
Identifying the prerequisites, facilitators, and barriers in improving adolescents' mental health literacy interventions: A systematic review.	2020	Desenlace incorrecto
A Web-Based Psychoeducational Intervention for Adolescent Depression: Design and Development of MoodHwb.	2018	Diseño de estudio incorrecto
Web-Based Interventions Supporting Adolescents and Young People With Depressive Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis.	2017	Hace referencia a tratamiento, no a psicoeducación
Mental Health and Wellbeing at Schools: Health Promotion in Primary Schools with the Use of Digital Methods.	2021	Diseño de estudio incorrecto
Promoting adolescents' mental health and wellbeing: evidence synthesis.	2019	Diseño de estudio incorrecto
The modules of mental health programs implemented in schools in low- and middle-income countries: findings from a systematic literature review.	2020	Desenlace incorrecto

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

RSL	Año	Razón de exclusión
A systematic mapping review of interventions to improve adolescent mental health literacy, attitudes and behaviours.	2021	Diseño de estudio incorrecto
Improving mental health literacy in adolescents: Systematic review of supporting intervention studies.	2020	Desenlace incorrecto
A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies.	2020	Desenlace incorrecto
Examination of Telemental Health Practices in Caregivers of Children and Adolescents with Mental Illnesses: A Systematic Review.	2022	No se enfoca en psicoeducación

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.6 Anexo 6. Evaluación de calidad de los estudios incluidos

Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica incluidas

Se realizó por medio de la plataforma del instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Agree) plus* cuyos dominios son:

- Dominio 1: Alcance y objetivo
- Dominio 2: Participación de los implicados
- Dominio 3: Rigor metodológico
- Dominio 4: Claridad de la presentación
- Dominio 5: Aplicabilidad
- Dominio 6: Independencia editorial

Se considera que la guía tiene adecuada calidad si el dominio 3 y el dominio 6 superan el 60% en la evaluación pareada. En la tabla 1 se resume la evaluación de las guías incluidas en el lineamiento. En el archivo adjunto "**Agree GPC SM.pdf"** se puede ver la evaluación detallada de cada uno de los dominios.

Copia No Controlada

Tabla 1. Evaluación de GPC con instrumento Agree II

N	Nombre GPC	D1	D2	D3	D4	D5	D6
1	Ambulatory Unipolar Depression Guideline	75	42	88	100	79	100
2	APA clinical practice guideline	81	92	95	97	75	100
3	Attention deficit hyperactivity disorder	94	94	91	93	92	94
4	Depression in children and young people: identification and management	100	97	100	100	100	100
5	Eating disorders recognition and treatment	94	94	96	100	94	96
6	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes	100	78	77	86	67	92

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

7	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta	100	81	79	94	73	92
8	Learning disabilities and behaviour that challenges: service design and delivery	100	97	98	100	94	92
9	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	69	75	75	97	71	100
10	Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents	89	94	95	92	81	100
11	Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders	97	81	92	97	69	96
12	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management	89	100	85	100	85	96
13	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	92	100	82	100	81	96

Copia No Controlada

Evaluación de riesgo de sesgos de revisiones sistemáticas de la literatura incluidas

Se realizó por medio de la herramienta *Risk of Bias of Systematic Reviews* (RoBIS) cuyos dominios son:

- Dominio 1: preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios.
- Dominio 2: preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios.
- Dominio 3: preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios.
- Dominio 4: preocupaciones respecto a la síntesis y resultados.

Revisión: riesgo de sesgos en la revisión.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En cada uno de los dominios el juicio puede ser: bajo riesgo de sesgo= 🟢; riesgo de sesgo poco claro= 🟡, alto riesgo de sesgo = 🔴. En el archivo adjunto "**Robis SM consolidado.xlsx"** se puede ver la evaluación detallada de cada uno de los dominios.

Pregunta 2: ¿Cuáles son los medios que permiten tamizar trastornos del neurodesarrollo, déficit cognitivo, trastornos del aprendizaje, trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo?

Tabla 2. Evaluación de riesgo de sesgo de revisiones sistemáticas de la literatura

Desenlace	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Revisión
McVoy, 2019	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴[a]
Newton, 2017	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢
Bryce, 2021	🟢	🟡	🟢	🟡	🟢

Copia No Controlada

Notas

a. La pregunta de investigación y los criterios de selección de los estudios originales no son claros. La búsqueda no es reproducible, no tuvieron en cuenta otras fuentes de búsqueda y es probable la existencia de error durante el proceso de selección. No se describe como se hace la extracción de los datos y no se realizó evaluación de riesgo de sesgo de los estudios incluidos. No se establecieron previamente los métodos de síntesis ni análisis de la evidencia.

Pregunta 3: ¿Cuáles son las intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Tabla 3. Evaluación de riesgo de sesgo de revisiones sistemáticas de la literatura

Desenlace	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Revisión
St. John, 2020	🟢	🔴	🟡	🔴	🔴[a]
McGarty, 2017	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Ho, 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Davico, 2018	🟢	🔴	🟡	🔴	🔴[b]
Reichow, 2019	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Torra, 2021	🟢	🔴	🟢	🔴	🟢
Fragala, 2020	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢
Mayer, 2021	🟢	🟢	🟡	🔴	🟢
Lambez, 2019	🟢	🔴	🟢	🔴	🔴[c]
May, 2019	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢
Sun, 2019	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢

Copia No Controlada

Notas

a. La estrategia de búsqueda no contiene los términos esperados para que sea suficientemente sensible y la restricción de idioma no está adecuadamente justificada. No es claro si la extracción de la información se realizó de forma pareada, ni se presentan de forma detallada las características de los estudios incluidos. La heterogeneidad clínica y estadística de los estudios fue alta, probablemente no es pertinente llevar a cabo metanálisis incluso mediante efectos aleatorios. Varios estudios incluidos tuvieron alto riesgo de sesgo, lo cual no se trató mediante análisis de sensibilidad ni métodos de ajuste. Se identificaron preocupaciones en cuanto a la identificación de los estudios, el riesgo de sesgo de los mismos y la síntesis de los resultados. No obstante, la conclusión tiene en cuenta que la falta de estudios de alta calidad metodológica impide conocer el efecto de las intervenciones, y que se requiere de más investigación.

b. No se utilizaron fuentes complementarias como búsqueda manual. Además, la estrategia de búsqueda no contiene los términos esperados para que sea suficientemente sensible. No es claro cuáles características de los estudios fueron extraídas y por cuántos evaluadores. Se usó un listado de criterios para evaluar la calidad metodológica, pero no es claro cuáles fueron cumplidas por cada estudio ni cómo fueron usados estos resultados en el análisis de la información. La heterogeneidad clínica y estadística de los estudios fue alta, por lo que fue adecuado no realizar metanálisis. La mayoría de los estudios incluidos tuvieron alto riesgo de sesgo, lo cual no se trató adecuadamente en la síntesis.

c. La búsqueda solo comprendió una base de datos electrónica, aunque se hicieron esfuerzos por identificar estudios por medios complementarios. Debido al escaso número de estudios se combinaron resultados de estudios aleatorizados y no aleatorizados sin una adecuada consideración de las características metodológicas de los estudios sobre los resultados obtenidos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 4: ¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Tabla 4. Evaluación de riesgo de sesgo de revisiones sistemáticas de la literatura

Desenlace	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Revisión
Robinson J, 2018	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Bevan Jones R, 2017	🔴	🟡	🟡	🔴	🔴 a
Goodwin, 2021	🟢	🟢	🟢	🟡	🟡 b
Chancel, 2020	🟢	🟢	🟢	🔴	🔴 c
Vasiliki C. Baourda, 2021	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Jessica Louise Cardy, 2020	🟢	🟢	🔴	🔴	🔴 d
Christine Schwartz, 2019	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Jones, Rhys Bevan	🟡	🟢	🟢	🔴	🔴 e
Pedersen, 2019	🟢	🟢	🟡	🔴	🔴 f
Brady et al, 2017	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢

Copia No Controlada

Notas

a. La discusión y conclusiones abordan los resultados del estudio estableciendo que el tipo de intervención es promisoria para el desenlace pero no hay sustento en los resultados para establecer esto, además sustentan que no se hizo aproximación al análisis de heterogeneidad con un meta análisis por la diversidad en los estudios respecto a la intervención y diseños de los estudios seleccionados, esto se pudo haber solventado con una metodología apropiada para la revisión sistemática con mejores criterios de selección y clasificación de los estudios.

b. Los estudios incluidos en la RSL fueron muy heterogéneos y con un importante riesgo de sesgo (probablemente debido al tema de estudio), impidiendo llegar a conclusiones concretas cuantificables, y permitiendo sólo una descripción de los variados resultados de los diferentes estudios incluidos. Se resalta que la discusión señala estas limitaciones, sin embargo, advierte de la necesidad de continuar la investigación cuantitativa frente al tema.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

c. No hay información de las medidas de efecto de los estudios que sustenten el referido impacto positivo de las intervenciones.

d. Esta revisión trató de abordar un problema de investigación con antecedentes de evidencia muy escasa y su resultado fue prácticamente el mismo, es decir, no encontraron estudios que soportaran o respondieran apropiadamente la pregunta de investigación y adicionalmente un número importante de los estudios encontrados fueron estudios de caso o ensayos clínicos con problemas metodológicos que no permiten responder las preguntas planteadas. Aunque en la discusión aceptan estas limitaciones, no hay una buena evaluación del sesgo de los estudios reportados o por lo menos no se evidencia en el texto del artículo y la falta de encontrar estudios con diseños apropiados para responder la pregunta de investigación también debe ir de la mano con una apropiada evaluación del sesgo en los estudios encontrados.

e. Los autores describen la alta heterogeneidad de los estudios y lo difícil de poderlos comparar, aclaran que no intentaron realizar meta-análisis debido a lo poco comparables de los desenlaces e instrumentos utilizados.

f. No hay información de las medidas de efecto de los estudios que sustenten el referido impacto positivo de las intervenciones. Fundamentalmente, advierten que esto es debido a la gran heterogeneidad de los estudios.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6. 7 Anexo 7. Perfiles de evidencia tablas GRADE

Pregunta 2: ¿Cuáles son los medios diagnósticos que permiten tamizar trastornos del desarrollo (déficit cognitivo y habilidades escolares), trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo?

Home, Education, Activities/Peers, Drug/Alcohol, Suicidality, Emotions/Behavior, Discharge Resources (HEADS-ED)

Pregunta: Home, Education, Activities/Peers, Drug/Alcohol, Suicidality, Emotions/Behavior, Discharge Resources **(HEADS-ED)** para problemas de salud mental en niños y jóvenes en el servicio de urgencias

Configuración: Atención en urgencias

Bilbiografía: Newton AS, Soleimani A, Kirkland SW, Gokiert RJ. A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department. Cloutier R, editor. Academic Emergency Medicine. 2017;24(5):552–68.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Problemas de salud mental									
1	estudios observacionales [a]	serio[b]	no es serio [c]	no es serio	no es serio	ninguno	HEADS-ED tiene buena precisión para identificar a los pacientes pediátricos de salud mental que requieren ingreso hospitalario (área bajo la curva = 0,82). El riesgo de ingreso a urgencias es seis veces más probable si los pacientes reciben una puntuación HEADS-ED > 7 y una puntuación de riesgo suicida de 2.	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

a. Cohorte prospectiva
b. No es claro como usaron el gold standar
c. No aplica debido a que es un solo estudio

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)

Pregunta: Ask Suicide-Screening Questions para evaluar riesgo de suicidio en niños y adolescentes en servicios de urgencias
Configuración: Atención en urgencias
Bilbiografía: Newton AS, Soleimani A, Kirkland SW, Gokiert RJ. A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department. Cloutier R, editor. Academic Emergency Medicine. 2017;24(5):552–68.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Riesgo de suicidio									
1	estudios observacionales	muy serio [a]	no es serio [b]	serio[c]	no es serio	ninguno	En términos de resolución de riesgo, un adolescente con una respuesta positiva a al menos uno de los cuatro elementos de **ASQ** tiene un riesgo casi tres veces mayor de suicidio. Posee sensibilidad del 98% y especificidad de 66%.	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

a. Problemas al seleccionar los participantes

b. No aplica por ser un solo estudio

c. Población incluye hasta jóvenes de 21 años

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Brief, Performance-Based Cognitive Screening

Pregunta: ¿Debería usarse **herramientas cognitivas basadas en el rendimiento** para diagnosticar deterioro cognitivo en personas de 12 a 25 años?
Bibliografía: Bryce SD, Bowden SC, Wood SJ, Allott K. Brief, Performance-Based Cognitive Screening in Youth Aged 12-25: A Systematic Review. J Int Neuropsychol Soc. 2021 Sep;27(8):835-854. doi: 10.1017/S1355617720001241.

Sensibilidad	0.14 a 0.76
Especificidad	0.57 a 0.99

Prevalencias	0%		

Desenlace	№ de estudios (№ de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 0%	
verdaderos positivos (pacientes con deterioro cognitivo)	20 estudios 2257 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	0 a 0	⨁⨁◯◯ Baja
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener deterioro cognitivo)								0 a 0	
Verdaderos negativos (pacientes sin deterioro cognitivo)	20 estudios 2257 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	570 a 990	⨁⨁◯◯ Baja
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como deterioro cognitivo)								10 a 430	

a. La mayoría de los estudios tuvieron alto riesgo de sesgo o no claro (QUADAS-II).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

b. Los resultados son poco precisos entre los estudios
c. Estudios con baja calidad
d. La mayoría de los estudios fueron de corte transversal y con ciertas limitaciones

Pregunta 3: ¿Cuáles son las intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Metilfenidato

Pregunta: Metilfenidato comparado con placebo para niños con síndrome de déficit de atención e hiperactividad, con discapacidad intelectual concurrente
Configuración: Primer nivel de atención
Bilbiografía: Sun C-K, Tseng P-T, Wu C-K, Li D-J, Chen T-Y, Stubbs B, et al. Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Sci Rep [Internet]. 4 de diciembre de 2019;9(1):15908. Disponible en: http://www.nature.com/articles/s41598-019-52205-6

Copia No Controlada

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Severidad global de los síntomas de TDAH									
8	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación gradiente de dosis-respuesta [b]	El metanalsis mostró que los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejores cambios en la gravedad general del TDAH que los que recibieron placebo (k = 12, Hedges 'g = 0,878, IC del 95 % = 0,612 a 1,143, p <0,001)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Gravedad del problema de conducta (evaluado con : CTRS-conduct)									
5	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	El metanálisis mostró que los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejores cambios en la gravedad de la conducta de CTRS que los que recibieron placebo (k = 8, Hedges 'g = 0,853, IC del 95 % = 0,516 a 1,189, p <0,001; MD = 0,816)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO
Gravedad de la hiperactividad (evaluado con : CTRS-hyperactive)									
6	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación[c]	Los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejora en la gravedad hiperactiva de CTRS en comparación con los que recibieron placebo (k = 9, Hedges 'g = 1068, IC del 95 % = 0,741 a 1395, p <0,001; MD = 1976)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Gravedad de la inatención (evaluado con : CTRS-inattention)									
5	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación[c]	El metanálisis mostró que los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejoras en la gravedad de la falta de atención de CTRS en comparación con los que recibieron placebo (k = 8, Hedges 'g = 0,834, IC del 95 % = 0,587 a 1080, p <0,001; MD = 0,742)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Rendimiento continuo (evaluado con : Cambios en CPT)									

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
3	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación[c]	El metanálisis mostró que los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejores mejoras en los resultados de CPT que los que recibieron placebo (k = 5, Hedges 'g = 0,558, IC del 95 % = 0,214 a 0,902, p = 0,001; MD = 11,955)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Tolerabilidad (evaluado con : Tasa de abandono y tasa de interrupción del tratamiento)									
8	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	El metanálisis no mostró diferencias significativas en la tasa de abandono entre los sujetos que recibieron metilfenidato y los que tomaron placebos (k = 4, OR = 1,679, IC del 95 % = 0,681 a 4,138, p = 0,260)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO

a. Entre los ocho estudios, la puntuación media de Jadad fue de 2,5 con una desviación estándar de 1,07

b. Sesgo de publicación significativo a través de la prueba de regresión de Egger (P=0.011)

c. Sesgo de publicación mediante inspección del funnel plot

Copia No Controlada

Intervenciones cognitivas comportamentales con dispositivos digitales

Pregunta: Intervenciones cognitivas comportamentales con dispositivos digitales en niños y adolescentes con discapacidad intelectual
Configuración: Primer nivel de atención
Bilbiografía: Torra Moreno M, Canals Sans J, Colomina Fosch MT. Behavioral and Cognitive Interventions With Digital Devices in Subjects With Intellectual Disability: A Systematic Review. Front Psychiatry [Internet]. 13 de abril de 2021;12. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.647399/full

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Habilidades cognitivas básicas (evaluado con : Medidas cuantitativas estandarizadas y no estandarizadas)									
18	ensayos aleatorios	muy serio [a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Once [61%] estudios tuvieron un diseño aleatorizado, el resto fueron cuasiexperimentales no aleatorizados y cuasiexperimentales sin grupo control. En cuanto a la tecnología utilizada, 12 [63%] de los estudios utilizaron dispositivos informáticos personales para sus intervenciones. El lenguaje fue la función más común evaluada con 14 [70%] de los estudios analizados seguida de la atención, que fue el foco de atención de tres [15%] de los estudios analizados. En cuanto al seguimiento, solo unos pocos estudios evaluaron resultados a largo plazo de entre 1 mes y 1 año. Un gran número de estudios, 11 [55%] para ser exactos, utilizaron medidas cuantitativas no estandarizadas, el resto (n = 9) [45%], utilizaron pruebas estandarizadas. De los estudios analizados, 10 [55%] reportaron beneficios significativos [todos en lenguaje (n = 7)], cuatro [22%] obtuvieron mejoras no significativas, y en el resto las mejoras fueron similares entre grupos o no se observó mejoría.	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Habilidades académicas (seguimiento: rango 10 semanas a 3 meses ; evaluado con : Medidas cuantitativas estandarizadas y no estandarizadas)									

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
7	ensayos aleatorios	muy serio [b]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	En cuanto al diseño de los estudios, la mayoría (n = 5) [71%] fueron de diseño aleatorizado y dos [28%] cuasi-experimentales sin grupo control. Respecto a la tecnología utilizada en las intervenciones, la mitad de los estudios (n = 5) [50%] utilizó computadora personal, algunos utilizaron dispositivos de entrada (n = 3) [30%]; y los dos restantes [20%], dispositivos de mano. En cuanto a las funciones evaluadas, las matemáticas fueron las más comunes (n = 6) [85%]. Los resultados informados de los estudios analizados, dos [29%] mostraron mejoras significativas y el resto (n = 5) [71%] informaron algunas mejoras o cambios no significativos	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

Habilidades sociales y comportamentales (seguimiento: rango 1 semanas a 3 meses ; evaluado con : Medidas cuantitativas estandarizadas y no estandarizadas)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
22	ensayos aleatorios	muy serio [c]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Doce estudios [54%] tenían un diseño aleatorizado, seis [27%] cuasiexperimental sin grupo control y cuatro [18%] cuasiexperimental no aleatorizado. Los dispositivos más comunes utilizados fueron las computadoras personales y los dispositivos de mano. Las funciones evaluadas con mayor frecuencia fueron las habilidades conductuales y sociales. Las tareas más comunes propuestas fueron emparejamiento, combinación con tareas y secuencias de la vida real. Los resultados de las intervenciones reportadas indican que casi la mitad resultó en beneficios significativos (n = 10) [45%], y el resto no obtuvo mejoras significativas (n = 11) [50%], o cambios no significativos (n = 1)) [5%]. De los beneficios significativos reportados, nueve [50%] estudios corresponden a habilidades sociales y tres [30%] a habilidades conductuales.	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

Copia No Controlada

a. Quince [83%] estudios se clasificaron como de baja calidad, dos [11%] como de calidad moderada y uno [5%] como de alta calidad.

b. Seis estudios [85%] se clasificaron como de baja calidad y uno [15%] como de calidad moderada.

c. Diecisiete [77 %] de los estudios se clasificaron como de baja calidad

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Intervenciones en actividad física

Pregunta: Intervenciones comparado con tratamiento control para incrementar la actividad física en niños y adolescentes con discapacidad intelectual
Configuración: Primer nivel de atención
Bilbiografía: McGarty AM, Downs SJ, Melville CA, Harris L. A systematic review and meta-analysis of interventions to increase physical activity in children and adolescents with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res [Internet]. 2018;62(4):312-29. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jir.12467

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	intervenciones	tratamiento control	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Actividad física - postintervención (seguimiento: rango 5 días a 4 meses ; evaluado con : Acelerómetro, reporte de padres y cuidadores)												
2	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	0	0	-	mean **0.2 d más** (0.57 menos a 0.79 más)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Actividad física al seguimiento (seguimiento: rango 2 semanas a 1 años ; evaluado con : Acelerómetro, reporte de padres y cuidadores)												
2	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0	0	-	mean **0.49 d más** (0.14 más a 0.84 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO

a. No se realizó cegamiento de la intervención

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

b. El IC va de - 0.57 a 0.79 incluyendo valores con efecto positivo y negativo

Intervenciones en conciencia fonológica

Pregunta: Intervención de conciencia fonológica comparado con Instrucción usual para inicio de lectura para mejorar la conciencia fonológica en niños y adolescentes con discapacidad intelectual
Configuración: Entorno escolar
Bilbiografía: Reichow B, Lemons CJ, Maggin DM, Hill DR. Beginning reading interventions for children and adolescents with intellectual disability. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;2019(12).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto			
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención de conciencia fonológica	Instrucción usual para inicio de lectura	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)	Certeza	Importancia
Conciencia fonológica												
4	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	98	80	-	SMD **0.55 SD más alto.** (0.23 más alto. a 0.86 más alto.)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; **SMD:** Diferencia media estandarizada

a. Algunos estudios presentaron riesgo en la aleatorización, ocultación de la asignación, cegamiento de participantes e investigadores
b. Estudios con bajo número de participantes

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Intervenciones en lectura de palabras

Pregunta: Intervención en lectura de palabras comparado con instrucción usual para mejorar la lectura de palabras en niños y adolescentes con discapacidad intelectual
Configuración: Entorno escolar
Bilbiografía: Reichow B, Lemons CJ, Maggin DM, Hill DR. Beginning reading interventions for children and adolescents with intellectual disability. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;2019(12).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención en lectura de palabras	instrucción usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Lectura de palabras												
5	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	127	93	-	SMD **0.54 SD más alto.** (0.05 más alto. a 1.03 más alto.)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; **SMD:** Diferencia media estandarizada

a. Riesgo de sesgo por dudas en el proceso de aleatorización, ocultamiento de la asignación y cegamiento de participantes e investigadores
b. Tamaños de muestra pequeños

Copia No Controlada

Pregunta: Intervención en decodificación comparada con instrucción usual para mejorar la decodificación al iniciar la lectura en niños y adolescentes con discapacidad intelectual
Configuración: Entorno escolar

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Bilbiografía: Reichow B, Lemons CJ, Maggin DM, Hill DR. Beginning reading interventions for children and adolescents with intellectual disability. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;2019(12).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención en decodificación	instrucción usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Decodificación												
5	ensayos aleatorios	serio[a]	serio[b]	no es serio	serio[c]	ninguno	133	97	-	SMD **0.4 SD más alto.** (0.12 más alto. a 0.67 más alto.)	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; **SMD:** Diferencia media estandarizada

a. Dudas en aleatorización, ocultamiento de aleatorización y cegamiento de participantes e investigadores
b. Varían las estimaciones puntuales entre los estudios
c. Tamaño de muestra pequeño

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Musicoterapia educativa

Pregunta: Musicoterapia educativa comparado con otras intervenciones para niños y adolescentes con autismo
Configuración: Entorno escolar
Bilbiografía: Mayer-Benarous H, Benarous X, Vonthron F, Cohen D. Music Therapy for Children With Autistic Spectrum Disorder and/or Other Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry. 2021;12.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Gravedad de síntomas de autismo									
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio [b]	no es serio	muy serio [c]	ninguno	Los autores observaron un pequeño efecto de la intervención en la puntuación de la Escala de respuesta social (η2 parcial = 0,29) dentro de los 4 días posteriores a la última sesión.	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO
Atención conjunta									
4	ensayos aleatorios	muy serio [d]	no es serio [b]	no es serio	muy serio [e]	ninguno	Ninguno de estos estudios informó un efecto estadísticamente significativo de estas intervenciones sobre la atención conjunta de niños con trastorno del espectro autista	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO
Habilidades del lenguaje y comunicación									

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
5	ensayos aleatorios	muy serio [f]	no es serio	no es serio	serio[c]	ninguno	El lenguaje se evaluó utilizando diferentes métodos: lista de palabras nuevas aprendidas, producción verbal espontánea y número de palabras informadas por los padres. Cuatro de cinco estudios mostraron resultados estadísticamente significativos. De acuerdo con Buday, los jóvenes con TEA que aprendieron una lista de palabras con música rítmica lograron mejores resultados que los jóvenes que participaron en sesiones utilizando solo el ritmo. Farmer observó una tendencia en los niños con TEA que recibieron una intervención con juegos musicales estructurados a expresar respuestas verbales más apropiadas que los niños que recibieron una intervención con juegos no musicales. Lim demostró que el uso de videos musicales facilitó el aprendizaje de palabras objetivo en niños con autismo en comparación con los de un grupo de control que no recibió la intervención.	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

Copia No Controlada

a. Pérdidas en el seguimiento
b. Un solo estudio
c. Pequeño tamaño de muestra
d. 3 estudios fueron no controlados y 1 fue controlado. Riesgo por falta de grupo control y dudas en la asignación de la intervención
e. Pequeño tamaño de muestra
f. Dudas en proceso de aleatorización, ocultamiento de la asignación y cegamiento de pacientes e investigadores

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Musicoterapia improvisada

Pregunta: Musicoterapia improvisada comparado con Otras intervenciones para niños y adolescentes con discapacidad intelectual
Configuración: Entorno escolar
Bilbiografía: Mayer-Benarous H, Benarous X, Vonthron F, Cohen D. Music Therapy for Children With Autistic Spectrum Disorder and/or Other Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry. 2021;12.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Funcionamiento social									
7	ensayos aleatorios	muy serio [a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	Dos estudios mostraron un efecto positivo de las sesiones de musicoterapia en las interacciones entre padres e hijos, con mayores demandas espontáneas por parte del niño y respuestas parentales adaptadas, comportamientos más sincrónicos entre padres e hijos y una mejora en la salud mental de los padres.	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

a. Dudas en proceso de aleatorización y cegamiento de participantes e investigadores

b. Tamaño de muestra reducido

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Intervenciones analíticas del comportamiento

Pregunta: Intervenciones analíticas del comportamiento comparadas con otras intervenciones para discapacidad intelectual
Bilbiografía: Ho H, Perry A, Koudys J. A systematic review of behaviour analytic interventions for young children with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res. 2021 Jan;65(1):11-31. doi: 10.1111/jir.12780.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Habilidades de comunicación									
20	estudios observacionales	muy serio	serio	no es serio	serio		14 estudios al parecer reportaron un efecto benéfico; sin embargo, 6 estudios sugirieron que el efecto es desconocido.	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO
Habilidades de adaptación									
11	estudios observacionales	serio	serio	no es serio	serio		9 estudios reportaron un efecto benéfico	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO
Resultado académico									
7	estudios observacionales	serio	serio	no es serio	serio		4 estudios mostraron un efecto benéfico	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Ciclismos en extremidades inferiores

Pregunta: Ciclismo en las extremidades inferiores comparado con ninguna intervención para jóvenes con discapacidades intelectuales
Bilbiografía: Fragala-Pinkham MA, Ball AL, Jeffries LM. Efficacy of Lower Extremity Cycling Interventions for Youth with Intellectual Disabilities: A Systematic Review. Phys Occup Ther Pediatr. 2021;41(4):410-428. doi: 10.1080/01942638.2020.1862384.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Habilidades para manejar bicicleta									
8	ensayos aleatorios	no es serio	serio	no es serio	no es serio		Se incluyeron 8 estudios, de los cuales tres fueron ECA, tres cuasiexperimentales y 2 descriptivos, algunos de los cuales tiene alto riesgo de sesgo.	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO
Habilidades cognitivas									
8	ensayos aleatorios	no es serio	serio	serio	serio		Evidencia débil sugiere que manejar bicicleta podría mejorar las habilidades cognitivas en niños con discapacidades intelectuales	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

Copia No Controlada

Danza

Pregunta: La danza comparado con ninguna intervención para niños con discapacidades
Bilbiografía: Tamara May, Emily S. Chan, Ebony Lindor, Jennifer McGinley, HelenSkouteris, David Austin, Jane McGillivray & Nicole J. Rinehart (2019): Physical, cognitive, psychological and social effects of dance in children with disabilities: systematic review and metaanalysis, Disability and Rehabilitation, DOI: 10.1080/09638288.2019.1615139

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Balance (seguimiento: rango 2 semanas a 52 semanas)									
4	ensayos aleatorios	serio	serio	no es serio	serio		Aunque la revisión hizo un metanálisis de este desenlace, este no mostró el número de participantes para cada uno de los grupos. Sin embargo, mostró una DME = 1.028 [95% CI 0.575, 1.481], z = 4.5, p < 0.001.	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO
Saltar									
4	ensayos aleatorios	serio	serio	serio	no es serio		Aunque la revisión hizo un metanálisis de este desenlace, este no mostró el número de participantes para cada uno de los grupos. Sin embargo, mostró una DME = 0.71 [95% CI 0.264, 1.155], z= 3.121, p=0.002.	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

Copia No Controlada

Pregunta 4: ¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Intervenciones psicoeducativas en TDAH

Pregunta: Intervenciones psicoeducativas comparado con control para mejorar habilidades sociales en gente joven con TDAH
Configuración: Entorno escolar
Bilbiografía: Powell LA, Parker J, Weighall A, Harpin V. Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. J Atten Disord [Internet]. 5 de febrero de 2022;26(3):340-57. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054721997553

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	intervenciones psicoeducativas	control	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Habilidades sociales medido por los padres (evaluado con : Social skills rating system: SSRS; Social skills improvement system: SSIS; Social competence scale: SCS)												
5	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	230	193	-	SMD **0.39 SD más alto.** (0.19 más alto. a 0.59 más alto.)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Habilidades sociales medido por los profesores (evaluado con : Social skills rating system: SSRS; Social skills improvement system: SSIS; Social competence scale: SCS)												
4	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	181	148	-	SMD **0.32 SD más alto.** (0.1 más alto. a 0.54 más alto.)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; **SMD:** Diferencia media estandarizada
a. La mayoría de estudios tuvieron riesgo de sesgo no claro
b. Tamaño muestral pequeño

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Psicoeducación familiar en depresión mayor

Pregunta: Psicoeducación familiar comparado con otras intervenciones para desordenes mayores de depresión
Bilbiografía: Brady P, Kangas M, McGill K. "Family Matters": A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. J Marital Fam Ther. 2017 Apr;43(2):245-263. doi: 10.1111/jmft.12204.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Funcionalidad del paciente									
7	estudios observacionales	muy serio	serio	no es serio	serio		6 de los 7 estudios evaluando este desenlace sugirieron que existe un efecto positivo de la intervención. Sin embargo, la calidad de los estudios es cuestionable.	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO
Bienestar del cuidador de la familia									
6	estudios observacionales	muy serio	serio	no es serio	serio		4 de los 6 estudios evaluando este desenlace sugirieron que existe un efecto positivo de la intervención. Sin embargo, la calidad de los estudios es cuestionable.	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Psicoeducación en ansiedad

Pregunta: Psicoeducación comparado con tratamiento usual para pacientes jóvenes con ansiedad
Bilbiografía: Vasiliki C. Baourda, Andreas Brouzos, Dimitris Mavridis, Stephanos P. Vassilopoulos, Effrosyni Vatkali & Christina Boumpouli (2021): Group Psychoeducation for Anxiety Symptoms in Youth: Systematic Review and Meta-analysis, The Journal for Specialists in Group Work, DOI: 10.1080/01933922.2021.1950881

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	psicoeducación	tratamiento usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Reducción de síntomas												
12	ensayos aleatorios	muy serio	serio	no es serio	serio		NR	NR	-	SMD **0.47 SD menor** (0.75 menor a 0.19 menor)	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; **SMD:** Diferencia media estandarizada**; NR:** No reportado

Copia No Controlada

Intervenciones basadas en películas

Pregunta: Intervenciones basadas en películas comparado con control para educar en salud mental a adolescentes
Configuración: Entorno escolar
Bilbiografía: Goodwin J, Saab MM, Dillon CB, Kilty C, McCarthy A, O'Brien M, et al. The use of film-based interventions in adolescent mental health education: A systematic review. J Psychiatr Res [Internet]. mayo de 2021;137:158-72. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395621001333

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Educación en salud mental (evaluado con : Instrumentos no estandarizados)									
5	estudios observacionales	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Un estudio sugirió que la instrucción basada en videos puede ser una promesa considerable para aumentar el conocimiento de la salud mental y fomentar actitudes más sensibles hacia las enfermedades mentales entre los adolescentes. Un estudio de antes y después en dos escuelas secundarias en el Reino Unido evaluó el impacto de un taller de salud mental en los alumnos. El estudio observó que, antes del taller, el 90 % de los alumnos estaba de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación: "Creo que es útil aprender cómo la salud mental puede afectar a los jóvenes". Después del taller, este número aumentó al 99,1% de los alumnos. El mismo estudio observó un aumento de más del 100 % en la respuesta correcta a la afirmación "¿Qué proporción de jóvenes tiene problemas de salud mental?": 47 % antes del taller a 97,8 % después del taller. Además, el estudio observó un aumento del 15 % en la respuesta correcta a la afirmación "La salud mental puede tener tanto impacto en la salud general como la salud física": 72,4 % antes del taller y 87,8 % después del taller. Un estudio evaluó el impacto en los estudiantes de secundaria de un programa antiestigma basado en videos informó que los estudiantes tenían cuatro veces más probabilidades de alcanzar un alto conocimiento en relación a la esquizofrenia. Al inicio del estudio, el 47,7 % de los estudiantes había logrado un 80 % o más en los elementos de conocimiento que mejoraron al 78,8 % después de recibir la intervención (p <0,001). Los resultados de un estudio cuasiexperimental de residentes de internados indicaron que, a los 3 meses de seguimiento, una intervención que incluía una animación de 4 minutos aumentó significativamente la alfabetización sobre la depresión (p = 0,040). Se observó un aumento del 43 % en los alumnos que eligieron correctamente la depresión como la principal causa de discapacidad en todo el mundo (33,6 % -76,1 % después del taller).	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
Estigma en salud mental (evaluado con : Encuesta)									

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
6	estudios observacionales	muy serio [b]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Un estudio encontró que una intervención basada en video redujo significativamente el autoestigma por buscar ayuda, el estigma social y por buscar ayuda. Esta disminución fue significativamente mayor en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control (p <0,05). En un estudio cuasi-experimental, también se observaron disminuciones significativas en el autoestigma a los 3 meses de seguimiento (p<0,001). Un estudio de antes y después evaluó el impacto del festival de cine "AUSNAHME | CONDICIÓN" sobre la "distancia social" y actitudes de búsqueda de ayuda del público adolescente. Se observaron disminuciones significativas en la distancia social para dos películas: Película titulada "Bonkers", (p <0,001) y Película titulada "Prueba de vida". (p = 0,006). En un estudio de antes y después se observó que los estudiantes tenían el doble de probabilidades de lograr una puntuación alta de distancia social después del programa de intervención. Específicamente, el 41,5 % logró un 80 % o más en la distancia social en la prueba previa, mejorando al 52,1 % después de la prueba, una diferencia pequeña pero estadísticamente significativa (p = 0,02).	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

Conocimiento y comportamiento de búsqueda de ayuda. (evaluado con : Encuesta)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
5	estudios observacionales	muy serio [c]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	La intervención de un video de 15 minutos sobre el suicidio, seguida de una discusión de 40 minutos, mostró resultados que descartan la "creencia normal" de que vincular la enfermedad mental con el suicidio "disminuiría la autorrevelación". El programa influyó significativamente en aquellos adolescentes que de otro modo aconsejarían a un amigo suicida sin obtener ayuda (p <0,034) y fomentaría la revelación de pensamientos personales de suicidio a un compañero (p <0,0067). También hubo un efecto similar en aquellos adolescentes que de otro modo mantendrían en secreto las confidencias suicidas (p <0,0046) y la voluntad de referir a un amigo a un consejero profesional (p <0,0001). Un estudio observó un aumento significativo de las actitudes de búsqueda de ayuda para la depresión a los 3 meses de seguimiento (p = 0,004). Un estudio observó antes del taller que los alumnos tenían más probabilidades de aprobar médicos generales (64,98 %), profesionales/instituciones de salud mental (32,7 %) y familiares (29,9 %) a través de Internet (9,68 %), línea de ayuda (11,52 %). , y amigos (15,67%). Después del taller, los estudiantes pudieron recordar apoyos más específicos. Un ECA encontró que el 87% de los adolescentes no había hablado previamente con un profesional de la salud sobre un problema de salud mental. Sin embargo, luego de la proyección de un video de YouTube con una entrevista con un profesional de la salud mental, el 65 % de estas personas dijeron que considerarían hablar con un profesional de la salud sobre cualquier problema de salud mental. Otro estudio observó que las actitudes de búsqueda de ayuda de la audiencia no se vieron afectadas por cuatro de cada cinco películas. La única película que influyó positivamente en las actitudes de búsqueda de ayuda fue Film 2 (Bonkers) (p = 0,049), que estaba dirigida a un público más joven.	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

a. La evaluación de riesgo mostró algunas preocupaciones
b. Dos estudios tuvieron alto riesgo de sesgo
c. Un estudio tuvo alto riesgo de sesgo, tres tuvieron riesgo moderado

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.8 Anexo 8. Síntesis de la evidencia

La evidencia que sustenta el lineamiento se obtuvo a partir de la búsqueda en guías de práctica clínica (GPC) y en revisiones sistemáticas de la literatura (RSL).

En la búsqueda de GPC se seleccionaron 5.010 referencias de diferentes bases de datos y repositorios institucionales y posteriormente se eliminaron 43 duplicados. Después de la tamización inicial por título y resumen se seleccionaron 107 documentos en texto completo para evaluar su elegibilidad. De este proceso se definieron 13 GPC que pasaron a la evaluación con el instrumento AGREE II.

En resumen, los porcentajes finales para el dominio de rigor en la elaboración se encontraron en el rango de 75 a 100% y el de independencia editorial fluctuó entre 92 y 100%. Los demás dominios tuvieron calificación entre 42 y 100%, y la evaluación global entre 75 y 100%; por lo cual se definió que las 13 GPC evaluadas pasaran a la fase de extracción y síntesis de evidencia (anexo 6). De estas, 5 correspondieron a depresión, 2 a trastornos de ansiedad, 1 a trastornos de la conducta, 1 a problemas de aprendizaje, 1 a conducta suicida, 2 a trastorno por déficit de atención e hiperactividad y 1 a trastornos de la conducta alimentaria.

Copia No Controlada

Teniendo en cuenta la revisión del texto completo, se consideró que las guías abarcaban las preguntas 1, 2 y 3 para los trastornos mencionados. Para las condiciones déficit cognitivo y habilidades escolares se realizaron búsquedas adicionales en bases de datos de revisiones sistemáticas de la literatura que pudieran responder la pregunta 2 y 3; y, en general para todas las condiciones, se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas que pudieran responder la pregunta 4.

A continuación, se detalla el cuerpo de evidencia para cada una de las preguntas orientadoras:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 1 ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con las afecciones mentales en niños, niñas y adolescentes?

Síntesis de la evidencia

Se extrajo información de siete GPC las cuales presentaron información sobre trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, trastorno de depresión, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), conducta suicida y trastornos alimentarios. Como se mencionó anteriormente, las GPC aprobaron los parámetros de evaluación del instrumento AGREE II. En la tabla 1 resume esta evidencia.

Resultados para la pregunta 1

Tabla 1 Evidencia sobre factores de riesgo asociados con las afecciones mentales en niños, niñas y adolescentes

Copia No Controlada

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
CENETEC, 2017 GPC México (99)	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	Trastorno de la conducta de inicio infantil, de inicio adolescente, de inicio no especificado.	El personal de enfermería deberá informar y concientizar a la mujer embarazada sobre los riesgos que implica la **ingesta de alcohol** en la etapa prenatal para que sus hijos durante la infancia y adolescencia presenten algún trastorno de conducta.	**Recomendación C, evidencia III** *Se basó dos estudios de cohortes de nacimiento (uno para evaluar el efecto del alcohol, otro el de la marihuana), con un seguimiento de 16 años (592 adolescentes y cuidadores), retención del 78%, ajustando por otras exposiciones; la mayoría de las mujeres fueron de estratos socioeconómicos bajos, no se controló por estatus psiquiátrico de los padres por falta de información. No se observó imprecisión, inconsistencia o evidencia indirecta.*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la	Trastornos de conducta,	El personal de enfermería deberá recomendar que se acuda a recibir	**Recomendación A, sistema Shekelle**	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	trastornos psicóticos	tratamiento psicológico cuando: se ha estado expuesto a abuso sexual, maltrato físico, emocional o psicológico, negligencia, intimidación o muerte de los padres con la finalidad de disminuir las secuelas por medio del enfrentamiento a acontecimientos adversos sufridos en la infancia.	*Se basó en una revisión sistemática y metanálisis de 41 estudios observacionales (cohortes, casos y controles, transversales); aunque no se presenta la evaluación forma de calidad de los estudios incluidos, los autores reconocieron las limitaciones e hicieron un análisis de sensibilidad. Los resultados arrojaron estimaciones consistentes entre tipos de estudios, ajustando por variables de confusión.*	Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México (100)	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia**. Un metanálisis realizado para evaluar la asociación entre maltrato infantil no sexual y sus resultados en salud. Los autores concluyeron que existe una asociación entre el maltrato infantil no sexual y una amplia gama de trastornos incluidos los de ansiedad. El descuido o la negligencia hacia los niños es un factor de riesgo para el trastorno de ansiedad.	**Clasificación GRADE: ALTA** *Se basó en un metanálisis que incluyó 285 estudios clasificados como retrospectivos, prospectivos de cohorte, transversales y de casos y controles*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación**. El personal de enfermería deberá sensibilizar, y educar a los padres, cuidador y maestros sobre las serias consecuencias a largo plazo del maltrato infantil. Se debe concientizar para una mejor identificación de las personas en riesgo, el desarrollo de intervenciones eficaces	**Clasificación GRADE: FUERTE A FAVOR** *Se basó en un metanálisis que incluyó 285 estudios clasificados como retrospectivos, prospectivos de cohorte, transversales y de casos y controles*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			enfocadas a proteger a niños y adolescentes, de todo tipo de violencia.		
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia**. Un metanálisis realizado para evaluar la asociación entre maltrato infantil no sexual y sus resultados en salud. Los autores concluyeron que a nivel mundial, todas las formas de maltrato infantil deben ser consideradas importantes factores de riesgo para la salud y con gran efecto sobre los principales contribuyentes para la carga de enfermedad.	**Clasificación GRADE: ALTA** *Se basó en un metanálisis que incluyó 285 estudios clasificados como retrospectivos, prospectivos de cohorte, transversales y de casos y controles*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación**. El personal de enfermería deberá informar a los padres, cuidadores y docentes, que, para reducir el riesgo de consecuencias adversas a los niños expuestos a las diferentes formas de maltrato infantil, existen factores de protección que ayudan a promover la resiliencia en los niños y adolescentes expuestos, estos son: • Autocontrol • Habilidades para resolver problemas • Relaciones seguras con los cuidadores, escuelas y entornos sociales seguros	**Clasificación GRADE: FUERTE A FAVOR** *Se basó en un metanálisis que incluyó 285 estudios clasificados como retrospectivos, prospectivos de cohorte, transversales y de casos y controles*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación**. Se recomienda a los profesionales de la salud que identifiquen e implementen programas que reduzcan la prevalencia de maltrato infantil. Aminorando así un importante factor de riesgo para problemas futuros de salud mental en la etapa adolescente y adulta de menor.	**Clasificación GRADE: ALTA** *Se basó en un metanálisis que incluyó 285 estudios clasificados como retrospectivos, prospectivos de cohorte, transversales y de casos y controles*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia**. Un metanálisis que incluyó 258 estudios los autores refieren que el desarrollo neurobiológico puede ser alterado fisiológicamente por el maltrato durante los primeros años de vida del niño. Lo que a su vez puede afectar negativamente el crecimiento físico, cognitivo, emocional y social del niño, conduciendo a problemas psicológicos, conductuales y de aprendizaje, los cuales, de no atenderse, persistirán a lo largo de la vida.	**Clasificación GRADE: ALTA** *Se basó en un metanálisis que incluyó 285 estudios clasificados como retrospectivos, prospectivos de cohorte, transversales y de casos y controles.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y	Trastorno de ansiedad	**Recomendación**. El personal de enfermería deberá realizar propuestas enfocadas a la salud pública y epidemiología, con estrategias a la vanguardia de los esfuerzos nacionales e internacionales para educar a la sociedad, y	**Clasificación GRADE: ALTA** *Se basó en un metanálisis que incluyó 285 estudios clasificados como retrospectivos, prospectivos de cohorte, transversales y de casos y controles*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	adolescentes.		prevenir el maltrato infantil: • Financiamiento para líneas de investigación relacionadas a la identificación de prevalencia del maltrato infantil en su comunidad. • Fortalecimiento presupuestal para los programas de prevención, atención y rehabilitación de niños y adolescentes con maltrato. • Estandarización de instrumentos validados para la detección del maltrato infantil. • Capacitación especializada sobre temas de violencia infantil al profesional de enfermería asignado en el primer nivel de atención. • Vinculación con autoridades educativas para la difusión y educación en un entorno escolar, "libre de violencia"		
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia**. En un estudio realizado en la provincia de Shandong, China, se evidenció una prevalencia de polivictimización del 16,9% lo que indica que aproximadamente 2 de cada 5 niños era una polivíctima. Los tipos más frecuentes de victimización fueron ser testigos de asalto sin arma (28,8%), el robo a personas (28,5%), el vandalismo (24,8%),	**Clasificación SIGN: 3** *Se basó en un estudio realizado con 3.155 adolescentes con una muestra estratificada por conglomerados de 1.561 mujeres y 1.594 varones de 12 a 18 años. Se aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos y tres escalas autoaplicables: escala para la polivictimización (JVQ), escala de ansiedad infantil relacionada con*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			robo de casa (23,7%), siendo testigo de asalto con un arma (17,2%), asalto sin un arma (14,3%), y el abuso psicológico por un cuidador (11,3%).	*trastornos emocionales (SCARED), y escala de depresión (DSRSC)*	
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia**. Otro resultado del estudio antes mencionado, es que el sexo masculino está asociado en un 50,5% con ansiedad y polivictimización, dado que son quienes participan más en actividades al aire libre, se involucran en comportamientos más agresivos, se relacionan con compañeros que delinquen y se exponen a la violencia entre pares, aumentando la probabilidad de convertirse en víctimas.	**Clasificación SIGN: 3** *Se basó en un estudio realizado con 3.155 adolescentes con una muestra estratificada por conglomerados de 1.561 mujeres y 1.594 varones de 12 a 18 años. Se aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos y tres escalas autoaplicables: escala para la polivictimización (JVQ), escala de ansiedad infantil relacionada con trastornos emocionales (SCARED), y escala de depresión (DSRSC)*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia**. El análisis de regresión logística del mismo estudio, indicó que el tabaquismo, el consumo de alcohol, la exposición a la pornografía, y la depresión fueron factores de riesgo para la presencia de ansiedad, en la muestra de 3.155 niños y adolescentes.	**Clasificación SIGN: 3** *Se basó en un estudio realizado con 3.155 adolescentes con una muestra estratificada por conglomerados de 1.561 mujeres y 1.594 varones de 12 a 18 años. Se aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos y tres escalas autoaplicables: escala para la polivictimización (JVQ), escala de ansiedad infantil relacionada con trastornos emocionales (SCARED), y escala de depresión (DSRSC)*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC	Intervenciones de enfermería para la	Trastorno de ansiedad	**Recomendación**. El personal de enfermería deberá orientar a los padres, tutor y maestro	**Clasificación SIGN: D** *Se basó en un estudio realizado con 3.155*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

México	detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.		sobre la importancia de crear un entorno saludable para proteger a los niños y adolescentes de polivictimización, prevenir los factores asociados al consumo de alcohol y pornografía, tener mayor acercamiento para observar las manifestaciones de signos de ansiedad o depresión en sus hijos.	*adolescentes con una muestra estratificada por conglomerados de 1.561 mujeres y 1.594 varones de 12 a 18 años. Se aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos y tres escalas autoaplicables: escala para la polivictimización (JVQ), escala de ansiedad infantil relacionada con trastornos emocionales (SCARED), y escala de depresión (DSRSC)*	Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** Se propone que exista una coordinación entre las autoridades responsables de la formulación de políticas públicas en salud, las escuelas, las comunidades, y organizaciones sociales para la referencia, atención inmediata y gratuita, a los niños y adolescentes con polivictimización	**Clasificación SIGN: D** *Se basó en un estudio realizado con 3.155 adolescentes con una muestra estratificada por conglomerados de 1.561 mujeres y 1.594 varones de 12 a 18 años. Se aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos y tres escalas autoaplicables: escala para la polivictimización (JVQ), escala de ansiedad infantil relacionada con trastornos emocionales (SCARED), y escala de depresión (DSRSC)*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia**. En dos estudios de cohorte 797 niños fueron examinados por problemas emocionales y del comportamiento. La prevalencia de los trastornos de ansiedad fue similar en T1 y T2: fobia social 1,3% (IC 95% 0,9-1,8) / 0,7% (IC 95% 0,4-1,4). Ansiedad de separación 1,1% (IC 95% 0,8-1,6) / 1,5% (IC 95% 1-2,2). Ansiedad	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en dos estudios de cohorte con una muestra comunitaria de 797 prescolares nacidos del 2003 al 2004, en la ciudad de Trondheim, Noruega, incluyendo sus padres. Fue desarrollado con el objetivo de investigar los factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad, y sus factores de protección.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			generalizada 1,3% (IC 95% 0,9-1,8) / 2,4% (IC 95% 1,7-3,3). Fobias específicas 5,6% (IC 95% 4,6-6,8) / 4,2% (IC 95% 3,2-5,4).		
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** Mediante análisis multigrupal del estudio mencionado antes, se evidenció que la ansiedad de los padres incrementa el riesgo de trastorno de ansiedad en niños con alta inhibición del comportamiento (BI), b=0,26 p=0,02, y BI moderada b=0,14, p=0,04, pero no en niños con BI baja b=¡,13, p=0,36. Los niveles elevados de BI, TDAH, ansiedad paterna y victimización entre compañeros, más habilidades bajas en habilidades sociales a los 4 años, son condiciones que aumentan el riesgo de trastornos de ansiedad a los 6 años.	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en dos estudios de cohorte con una muestra comunitaria de 797 prescolares nacidos del 2003 al 2004, en la ciudad de Trondheim, Noruega, incluyendo sus padres. Fue desarrollado con el objetivo de investigar los factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad, y sus factores de protección.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería de primer nivel de atención deberá orientar sus intervenciones de prevención y tratamiento en reducir la intimidación entre los prescolares y realizar entrenamiento en habilidades sociales en niños pequeños.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en dos estudios de cohorte con una muestra comunitaria de 797 prescolares nacidos del 2003 al 2004, en la ciudad de Trondheim, Noruega, incluyendo sus padres. Fue desarrollado con el objetivo de investigar los factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad, y sus factores de protección.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación**. El personal de enfermería deberá realizar la implementación de un programa educativo, con enfoque preventivo, dirigido a padres de familia y docentes de prescolar y de nivel básico, para la detección oportuna del TDAH.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en dos estudios de cohorte con una muestra comunitaria de 797 prescolares nacidos del 2003 al 2004, en la ciudad de Trondheim, Noruega, incluyendo sus padres. Fue desarrollado con el objetivo de investigar los factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad, y sus factores de protección.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de salud de manera interdisciplinaria deberá iniciar de forma oportuna el tratamiento eficaz en los niños diagnosticados con TDAH.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en dos estudios de cohorte con una muestra comunitaria de 797 prescolares nacidos del 2003 al 2004, en la ciudad de Trondheim, Noruega, incluyendo sus padres. Fue desarrollado con el objetivo de investigar los factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad, y sus factores de protección.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** Por consenso del grupo desarrollador de la guía, se propone que el profesional de enfermería realice educación sobre el TDAH a la madre, padre o cuidador, durante las visitas de control y seguimiento en el módulo de estimulación temprana, y en la consulta del niño sano en el primer nivel de atención.	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017	Intervenciones de enfermería	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** Un experimento clínico aleatorizado realizado	**Clasificación SIGN: 1++**	Dependencia del gobierno federal.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

GPC México	para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.		para evaluar la viabilidad del programa de intervención de habilidades sociales (MASSI). Los estudios epidemiológicos mostraron que la prevalencia de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de edad escolar con trastorno del espectro autista, está en el rango de 40 – 45% superior a la prevalencia de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de la población general.	*Se basó en un experimento clínico de asignación aleatoria realizado en 30 adolescentes con trastorno del espectro autista, diagnosticados con ansiedad moderada a mayor*	Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá dar a conocer e informar a la población los signos y síntomas de ansiedad en niños y adolescentes, para identificar los trastornos oportunamente valorando a través de herramientas validadas para ello.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un experimento clínico de asignación aleatoria realizado en 30 adolescentes con trastorno del espectro autista, diagnosticados con ansiedad moderada a mayor*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** En el mismo estudio mencionado antes, los autores concluyen que los adolescentes con niveles altos de ansiedad pueden ser menos capaces de aprovechar el entrenamiento en destrezas sociales, evitar las oportunidades para practicar las habilidades sociales recién adquiridas o ambos.	**Clasificación SIGN: 1++** *Se basó en un experimento clínico de asignación aleatoria realizado en 30 adolescentes con trastorno del espectro autista, diagnosticados con ansiedad moderada a mayor*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería podrá realizar terapia individual en la unidad de atención y terapia grupal en escuelas, con especial énfasis en niños identificados con temperamentos negativos, debido a que son población de alto riesgo para la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un experimento clínico de asignación aleatoria realizado en 30 adolescentes con trastorno del espectro autista, diagnosticados con ansiedad moderada a mayor*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** Un estudio descriptivo mostró que ser hijo único con edades entre 12 y 15 años, cursar el grado 1 o 2 de secundaria y tener un nivel socioeconómico bajo, son factores de riesgo para sufrir de ansiedad y de violencia en la escuela (acoso entre iguales, ser amenazado por sus compañeros, luchas, agresiones con armas, etc.)	**Clasificación SIGN: 3** *Se basó en un estudio descriptivo transversal realizado con una muestra de 3.155 niños que viven la provincia de Shandong, China.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** En el mismo estudio transversal de polivictimización en adolescentes chinos, los resultados señalan la importancia de crear un ambiente en el que los niños estén protegidos de polivictimización, y factores asociados a través de la cooperación de los responsables políticos, familias, autoridades escolares y las comunidades.	**Clasificación SIGN: 3** *Se basó en un estudio descriptivo transversal realizado con una muestra de 3.155 niños que viven la provincia de Shandong, China.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá recomendar a los directivos y docentes de instituciones educativas que se le proporcione al niño y adolescente un ambiente escolar ordenado, agradable y con seguridad, por parte del personal de prefectura. Con el propósito de evitar que los niños expuestos a la polivictimización se sientan indefensos, confundidos y se les dificulte controlar sus emociones.	**Clasificación SIGN: D** *Se basó en un estudio descriptivo transversal realizado con una muestra de 3.155 niños que viven la provincia de Shandong, China.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** Por consenso del grupo desarrollador, se sugiere al personal de enfermería realizar visita domiciliaria y a las escuelas, con el propósito de informar y realizar promoción y educación sobre los entornos escolares sin violencia.	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** En una GPC de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, se menciona que los factores psicosociales que contribuyen a la aparición de Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), son: • Exposición a una experiencia traumática, lo cual genera temor y miedo.	**Clasificación GRADE: MUY BAJA** *Se basó en la recomendación de una GPC (Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2010)*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Antecedente de pérdida o separación de una persona significativa por muerte, trabajo o divorcio. • Cambio de escuela. • Llegada de un nuevo hermano. • Padecimiento de una enfermedad. • Sobreprotección de los padres. • Correcciones consistentes en amenaza de abandono.		
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá orientar a los padres y cuidadores, sobre la importancia de evitar la crianza sobreprotectora con tendencia a amparar excesivamente al chico de las adversidades de la vida, o que todo lo que sucede fuera de casa es riesgoso y es preferible no salir.	**Clasificación GRADE: DÉBIL A FAVOR** *Se basó en la recomendación de una GPC (Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2010)*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** Un estudio llevado a cabo en adolescentes con evaluación en tres tiempos mostró que, a la edad de 10 años, la puntuación de ansiedad se estima en 0.65 para las niñas y 0.57 para los niños. La relación entre el sexo y la edad indica una reducción anual de 0.08 para las niñas y 0.1 para los niños. Sin embargo, esta disminución se atenúa y	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en un estudio realizado en las tres provincias del norte de Países Bajos, en 5 municipios de áreas rurales y urbanas con el objetivo de identificar factores de riesgo en preadolescentes, que predigan síntomas elevados de ansiedad durante la adolescencia. Con intervención de 3 evaluaciones: a un n*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			se convierte en un aumento a partir de la adolescencia media, como lo demuestra el valor positivo de la edad cuadrada.	*=2.230, con un rango de edad de 10 – 12 años durante los años 2001 – 2002. T2 n=2.149 adolescentes de 12 – 15 años en fechas del 2003 – 2004 y T3 n=1.816 durante 2005 – 2007.*	
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería, deberá identificar factores de riesgo e indicadores asociados a altos niveles de ansiedad, en preadolescentes (10-12 años) como son la autocompetencia, el rechazo, la sobreprotección en la crianza de los hijos y ser víctima de intimidación.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un estudio realizado en las tres provincias del norte de Países Bajos, en 5 municipios de áreas rurales y urbanas con el objetivo de identificar factores de riesgo en preadolescentes, que predigan síntomas elevados de ansiedad durante la adolescencia. Con intervención de 3 evaluaciones: a un n =2.230, con un rango de edad de 10 – 12 años durante los años 2001 – 2002. T2 n=2.149 adolescentes de 12 – 15 años en fechas del 2003 – 2004 y T3 n=1.816 durante 2005 – 2007.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** En el mismo estudio mencionado, no se tuvieron en cuenta las fluctuaciones de los indicadores durante la adolescencia. Sin embargo, algunos de los indicadores de riesgo se midieron en dos ocasiones (como temperamento, estrés prenatal, funcionamiento de la familia) o tres veces (intimidación Se encontraron correlaciones intraclase	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en un estudio realizado en las tres provincias del norte de Países Bajos, en 5 municipios de áreas rurales y urbanas con el objetivo de identificar factores de riesgo en preadolescentes, que predigan síntomas elevados de ansiedad durante la adolescencia. Con intervención de 3 evaluaciones: a un n =2.230, con un rango de*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			que van desde 0.66 para el afecto negativo a 0.73 para el funcionamiento de la familia. De quienes fueron víctimas de intimidación a la edad de 10 – 12 años, el 20% lo eran a los 12 – 14 años y el 8% a los 15 – 17 años. De quienes fueron víctimas de intimidación a la edad de 10 – 12 años, el 22% tenían entre 12 y 14 años de edad y el 10% a los 15 – 17 años de edad.	*edad de 10 – 12 años durante los años 2001 – 2002. T2 n=2.149 adolescentes de 12 – 15 años en fechas del 2003 – 2004 y T3 n=1.816 durante 2005 – 2007.*	
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería que proporcione cuidados a los niños y adolescentes deberán estar alerta ante la presencia de las siguientes vulnerabilidades: frustración alta, bajo control del esfuerzo, problemas de internalización de los padres y ser víctima de intimidación; para guiar su atención hacia los niños en riesgo de ansiedad.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un estudio realizado en las tres provincias del norte de Países Bajos, en 5 municipios de áreas rurales y urbanas con el objetivo de identificar factores de riesgo en preadolescentes, que predigan síntomas elevados de ansiedad durante la adolescencia. Con intervención de 3 evaluaciones: a un n =2.230, con un rango de edad de 10 – 12 años durante los años 2001 – 2002. T2 n=2.149 adolescentes de 12 – 15 años en fechas del 2003 – 2004 y T3 n=1.816 durante 2005 – 2007.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** El trastorno de ansiedad social es uno de los más persistentes y comunes de los trastornos de ansiedad, con cifras de prevalencia en Europa	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en una revisión de la literatura de estudios observacionales.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.		de 6,7% (rango 3,9 – 13,7%). A menudo existe comorbilidad con depresión, trastorno por uso de sustancias, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático. Estos trastornos psicopatológicos perjudican el funcionamiento diario, reducen la calidad de vida y afectan el desempeño escolar de quienes los padecen. Sin embargo, a pesar de que existen tratamientos efectivos, solo cerca de la mitad de las personas con esta condición buscan tratamiento mucho después de esperar 10 – 15 años. Aunque alrededor del 40% de los que desarrollan la enfermedad en la infancia o adolescencia se recuperan antes de la edad adulta.		estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá utilizar el inventario de Mini Fobia Social (Mini SPIN) y al obtener una calificación de 6 puntos o más en las respuestas del niño o adolescente, se sugiere recomendar la intervención de un especialista de salud mental para una evaluación integral del trastorno de ansiedad social.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en una revisión de la literatura de estudios observacionales.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** En una revisión sistemática de la evidencia se menciona que los profesionales de la atención primaria, la educación y los entornos comunitarios deben estar atentos a los posibles trastornos de ansiedad en niños y jóvenes, en particular aquellos que evitan la escuela, actividades sociales o de grupo, o en situaciones sociales son irritables, excesivamente tímidos, o demasiado dependientes con los padres o cuidadores.	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en una revisión de la literatura de estudios observacionales.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá participar en todas las intervenciones interdisciplinarias, mismas que deben ser realizadas por profesionales competentes. Ofrecer terapia cognitivo – conductual (TCC) individual o grupal, centrada en la ansiedad social. Considerando la posibilidad de involucrar a los padres o cuidadores para la entrega efectiva de la intervención, particularmente en niños pequeños. Las intervenciones psicológicas deben basarse en los manuales de tratamiento pertinentes, que deben guiar su estructura y duración.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en una revisión de la literatura de estudios observacionales.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Zuckerbrot, 2018 GPC USA (101)	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	Los pacientes adolescentes de 12 años o más deben ser examinados anualmente para detectar depresión con una herramienta de tamización de autoinforme, ya sea en papel o electrónicamente	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 2. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Basada en la revisión sistemática que incluyó cinco estudios (casos y controles y transversales) evaluados como calidad regular por fallas en la metodología*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.
Zuckerbrot, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	Se debe identificar a los pacientes con factores de riesgo de depresión (por ejemplo: antecedentes de episodios depresivos previos, antecedentes familiares, otros trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias, trauma, adversidad psicosocial, quejas somáticas frecuentes, alta puntuación en pruebas de tamizaje previas sin un diagnóstico de depresión, etc.)	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 2. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Se basó en un análisis secundario del estudio longitudinal Nacional de Salud del Adolescente que incluyó 6577 adolescentes de séptimo a grado doce y que buscaba determinar si el intento de suicidio era más común entre adolescentes adoptados. Otro estudio evalúa los trastornos mentales de niños que viven en hogares de paso en Noruega. Otro estudio de cohorte obtuvo información de 1265 niños de Nueva Zelanda y evaluó la conducta suicida de acuerdo con una serie de factores sociales, familiares, de personalidad y de salud mental*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2019 GPC Reino Unido (102)	Depresión en niños y jóvenes: identificación y manejo	Depresión (5 a 18 años)	Los profesionales de la salud en la atención primaria, las escuelas y otros entornos comunitarios relevantes deben estar capacitados para detectar síntomas de depresión y evaluar a los niños y jóvenes que pueden estar en riesgo de depresión. La capacitación debe incluir la evaluación de factores de riesgo psicosocial recientes y pasados, como edad, género, disfuncionalidad familiar, intimidación, abuso físico, sexual o emocional, trastornos comórbidos, incluido el uso de drogas y alcohol, y antecedentes de depresión de los padres; la historia natural de los eventos de pérdida única; la importancia de múltiples factores de riesgo; factores étnicos y culturales; y factores que se sabe que están asociados con un alto riesgo de depresión y otros problemas de salud, como la falta de vivienda y la condición de refugiado.	Recomendación tipo C, mantenida de la guía NICE 2005 (Depression in Children and Young People**)**	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2019 GPC Reino Unido	Depresión en niños y jóvenes: identificación y manejo	Depresión	• Cuando un niño o joven está expuesto a un solo evento indeseable reciente de la vida, como el duelo, el divorcio o la separación de los padres o una experiencia muy	Recomendación tipo C, mantenida de la guía NICE 2005 (Depression in Children and Young People**)**	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			decepcionante, los profesionales de la salud en la atención primaria, las escuelas y otros entornos comunitarios relevantes deben realizar una evaluación de los riesgos de depresión asociada con el evento y ponerse en contacto con sus padres o cuidadores para ayudar a integrar las respuestas de los padres/cuidadores y profesionales. El perfil de riesgo debe registrarse en los registros del niño o joven		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	Se debe tener en cuenta que las personas de los siguientes grupos pueden tener una mayor prevalencia de TDAH en comparación con la población general: • personas nacidas pre término • niños y jóvenes institucionalizados • niños y jóvenes diagnosticados con trastorno desafiante de oposición o trastorno de conducta • niños y jóvenes con trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, ansiedad y depresión)	**Clasificación GRADE: Alto a muy bajo** *Se basó en 15 estudios que evaluaron TDAH en niños de 5 a 8 años. Incluyeron estudios observacionales de tipo trasversal, y de cohorte retrospectiva. La evidencia para desordenes de ansiedad incluyó dos estudios con 1877 participantes y evaluación moderada por riesgo de sesgo, al igual que uno de trastorno tic; nacimiento pre término incluyó 3 estudios con 897 participantes y una evaluación moderada debido a incertidumbre acerca de la evidencia indirecta. Dos estudios para abuso de sustancias obtuvieron calidad muy baja, al igual que dos*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• personas con un familiar cercano diagnosticado con TDAH • personas con epilepsia • personas con trastornos del neurodesarrollo (por ejemplo, trastorno del espectro autista, trastornos del tic, discapacidad de aprendizaje y dificultades de aprendizaje específicas) • personas con antecedentes de abuso de sustancias • personas reportadas por el Sistema de Justicia Juvenil • personas con lesión cerebral adquirida	*estudios de trastornos del animo, y un estudio de epilepsia fue calificado bajo por riesgo de sesgo e imprecisión. Un estudio de autismo con 1585 participantes se calificó moderado por riesgo de sesgo y dos de discapacidad intelectual con 10666 participantes se evaluaron como bajo por inconsistencia y riesgo de sesgo. Un estudio con 11691 niños institucionalizados obtuvo calidad alta.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido (103)	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	Se debe tener en cuenta que el TDAH está insuficientemente reconocido en niñas y mujeres y que: • es menos probable que sean remitidas para su evaluación de TDAH • pueden tener más probabilidades de tener TDAH no diagnosticado • pueden ser más propensas a recibir un diagnóstico incorrecto de otra condición de salud	*No se encontraron pruebas sobre el mayor riesgo de que las niñas no obtengan el diagnóstico de TDAH. Pero el comité discutió los diferentes síntomas que a menudo se encuentran en este grupo, y acordó hacer una recomendación para crear conciencia*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			mental o de neurodesarrollo.		
Álvarez, 2020 GPC USA (11)	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar: • Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias	**Clasificación SIGN: A** *Se basó en un metanálisis con bajo riesgo de sesgo de 14 estudios, que mostró una fuerte asociación entre el riesgo suicida y el abuso de sustancias*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar: • Presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en una revisión sistemática de estudios de cohorte y casos y controles con bajo riesgo de sesgo y alta probabilidad de relación causal*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar: • Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno.	**Clasificación SIGN: C** *Se basa en una revisión sistemática que agrupa diferentes tipos de estudios observacionales con riesgo de sesgo por dudas en su desarrollo metodológico*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2019 GPC Reino Unido (104)	Desórdenes alimenticios: identificación y tratamiento	Desórdenes alimenticios	Aunque los trastornos alimentarios pueden desarrollarse a cualquier edad, tenga en cuenta que el riesgo es mayor para hombres y mujeres jóvenes entre los 13 y los 17 años.	GRADE: Calidad muy baja a moderada Se basó en dos estudios (n=231) usando el instrumento Development and Well-Being Assessment (DAWBA), uno estudio de cohorte (n=57) y uno de casos y controles (n=174), ambos con alto riesgo de sesgo.	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2019 GPC Reino Unido	Desórdenes alimenticios: identificación y tratamiento	Desórdenes alimenticios	Al evaluar un trastorno alimentario o decidir si derivar a las personas para una evaluación, tenga en cuenta cualquiera de los siguientes que correspondan: • un índice de masa corporal (IMC) o un peso corporal inusualmente bajo o alto para su edad • pérdida de peso rápida • dietas o prácticas alimentarias restrictivas (como hacer dieta cuando tienen bajo peso) que les preocupan a ellos, a sus familiares o cuidadores o profesionales • los miembros de la familia o los cuidadores informan de un cambio en el comportamiento alimentario	GRADE: Calidad muy baja a moderada Se basó en dos estudios (n=231) usando el instrumento Development and Well-Being Assessment (DAWBA), uno estudio de cohorte (n=57) y uno de casos y controles (n=174), ambos con alto riesgo de sesgo.	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

[1]Sistema GRADE: **Alta:** hay una confianza alta en que el verdadero efecto está cercano del estimativo del efecto; **Moderada:** hay una confianza moderada en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que esté cercano al estimativo del efecto, pero hay una posibilidad que sea sustancialmente diferente; **Baja**: la confianza en el estimativo del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto. **Muy baja:** se tiene muy baja confianza en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto (105).

Sistema SIGN: **1++:** Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo; **1+:** Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo; **1-:** Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo; **2++:**Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal; **2+**: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal; **2-**:Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal; **3:** Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos; **4:** Opinión de expertos. *Fuerza de las recomendaciones*: **A**: al menos un metanálisis, revisión sistemática, o ECA de nivel 1++, y directamente aplicables a la población objetivo; o cuerpo de evidencia constituida principalmente de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados. **B:** cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+. **C:** cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++. **D:** evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+. **Puntos de buena práctica**: mejor práctica recomendada basada en la experiencia clínica del grupo desarrollador de la guía (7).

Sistema de Shekelle: **Ia:** evidencia de metanálisis de estudios clínicos; **Ib:** evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio; **IIa**: evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización; **IIb**: al menos otro estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte; **III**: evidencia de un estudio descriptivo no experimental (comparativos, de correlación, casos y controles y revisiones clínicas); **IV**: evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia. Las recomendaciones **A** se basan en evidencia I, las **B** en evidencia II o son recomendaciones extrapoladas de I, las **C** en evidencia III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia I o II, las **D** se basan en evidencias IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencia II o III (107)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 2 ¿Cuáles son los medios diagnósticos que permiten tamizar trastornos del desarrollo (déficit cognitivo y habilidades escolares), trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo?

Síntesis de la evidencia

Se identificaron 3226 registros en bases de datos, de los cuales se excluyeron 36 duplicados y se tamizaron por título y resumen 3190. Se eligieron 9 documentos para elegibilidad por texto completo y finalmente se seleccionaron 3 revisiones sistemáticas para evaluarlas con el instrumento ROBIS.

Dos revisiones (una para trastornos mentales en general y otra para evaluación cognitiva) obtuvieron riesgo de sesgo bajo; la otra (trastornos mentales en general) obtuvo una evaluación de riesgo alto por fallas en la evaluación de la calidad de los estudios primarios y preocupaciones respecto a la síntesis y los resultados, por lo que de esta última no se presenta información (anexo 6).

En cuanto a las GPC, se realizó la síntesis de la evidencia a partir de 9 GPC que aportaron recomendaciones para trastornos de ansiedad, una para los trastornos de la conducta, tres para depresión, dos para TDAH, y una para conducta suicida. A continuación, se muestra la síntesis de la evidencia de la pregunta 2:

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Resultados para la pregunta 2

Tabla 2. Resultados sobre medios diagnósticos que permiten tamizar trastornos del desarrollo (déficit cognitivo y habilidades escolares), trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
CENETEC, 2017 GPC México(99)	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	Trastorno de la conducta de inicio infantil, de inicio adolescente, de inicio no especificado.	Para valorar el trastorno de ansiedad social y otros problemas de salud mental, el personal de enfermería deberá considerar el uso de instrumentos de evaluación aplicados a niños, adolescentes y sus padres, por ejemplo: • Versión infantil o la fobia social (LSAS). • Inventario de ansiedad para niños (SPAI-C) SPIN o LSAS Inventario de ansiedad para jóvenes. • Escala de Ansiedad Multidimensional para la Infancia (MASC). • Escala de Depresión (RCADS). • Test de Conners para Déficit de Atención con Hiperactividad.	**Fuerte** *Recomendación tomada de la GPC NICE 2013 (Social Anxiety disorder: recognition, Assessment and treatment). La recomendación se basó en conocimiento de expertos y revisión de guías al respecto, dado que no se encontró evidencia de calidad sobre instrumentos o sistemas de evaluación para esta población.*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y	Trastorno de la conducta	El personal de enfermería deberá valorar la expresión de los síntomas de trastornos de la conducta de acuerdo a la edad y sexo de los menores, para identificar problemas clínicos en niños, niñas y adolescentes con el objetivo de realizar detección temprana,	**Recomendación C según sistema Shekelle** *Se basó en un estudio de corte transversal realizado en 680 niñas, niños y adolescentes entre 8 y 17 años de edad y sus padres en clínicas psiquiátricas.*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	adolescentes en el primer nivel de atención		por ejemplo: las “mentiras” en las niñas y en los varones “peleas físicas”.	*Esta muestra ya está constituida por niños con trastornos: oposicional desafiante, déficit de atención con hiperactividad, ansiedad generalizada y depresión mayor. Las estimaciones realizadas son imprecisas para “peleas físicas” y “mentiras” al comparar los sexos. Debido al diseño, la evidencia indirecta e imprecisión, la certeza en la evidencia es baja.*	de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	Trastorno ansiedad	El personal de enfermería, psicólogos, maestros y padres de familia identificarán la presencia de síntomas de trastorno de conducta como ira, agresividad y actitudes vengativas entre otros, ya que puede ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas de ansiedad en niños y adolescentes y así poder establecer las intervenciones acordes al trastorno de origen que ocasiona la ansiedad.	**Recomendación B** *Este es un estudio descriptivo transversal realizado en una muestra de 274 niñas y niños de 8 a 17 años con trastorno de déficit de atención e hiperactividad; por lo que es evidencia indirecta para otra población. La información tiene riesgo de sesgos dado que se recolectó por medio de cuestionarios de autoreporte.*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y	Trastorno de ansiedad	El personal de salud deberá realizar una evaluación periódica por medio de la aplicación de test para identificar comportamientos de ira y agresividad en niñas, con la finalidad de otorgar cuidados enfocados a la prevención de la ansiedad.	**Recomendación A** *Es un análisis del estudio longitudinal Pittsburgh Girls Study, realizado para evaluar el desarrollo de trastornos de conducta y depresión en 2451 niñas reclutadas a la edad de 5 a 8 años en*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	adolescentes en el primer nivel de atención			*1999. La retención fue del 85% para los seguimientos 8 y 7. La evidencia es para trastorno de depresión, no de ansiedad. La recolección se hizo en los hogares de las niñas, usando instrumentos estandarizados y se dio financiación por la participación. El análisis de atrición mostró que los síntomas de depresión fueron menos frecuentes en las niñas que se retiraron del estudio.*	de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México (100)	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	Trastorno de ansiedad	El personal de enfermería de primer nivel de atención deberá orientar a maestros y familiares a para detectar signos y síntomas de posibles trastornos de ansiedad en niños y jóvenes, por ejemplo: irritabilidad, cambios en actividades sociales o escolares, timidez, etc.	**Fuerte** *Recomendación tomada de la GPC NICE 2013 (Social Anxiety disorder: recognition, Assessment and treatment).*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y	Trastorno de ansiedad	El personal de enfermería, maestros y familia deberán estar atentos a posibles trastornos de ansiedad en niños y jóvenes, especialmente aquellos que evitan asistir a la escuela, socializar, participar en grupo, en actividades o en situaciones sociales, si son irritables, demasiado tímidos o	**Fuerte** *Recomendación tomada de la GPC NICE 2013 (Social Anxiety disorder: recognition, Assessment and treatment).*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	adolescentes en el primer nivel de atención		demasiado dependientes de los padres o cuidadores.		de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** En un estudio controlado, sin asignación aleatoria de 4 casos, se puso a prueba la terapia conductista dirigida (TCD) para el tratamiento de ansiedad generalizada y problemas del sueño en niños de 7 a 12 años reportándose un nivel de eficacia de 75% durante el tratamiento con una duración de 3 a 6 meses.	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en un estudio controlado, sin asignación aleatoria de 4 casos, se puso a prueba la terapia conductista dirigida (TCD) para el tratamiento de ansiedad generalizada y problemas del sueño en niños de 7 a 12 años*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá recomendar a los padres, cuidadores y maestros, la observación directa del niño o adolescente que refiera preocupaciones sobre: • Problemas para conciliar el sueño, o inicio tardío • Sonambulismo • Despertares nocturnos • Ansiedad excesiva por su rendimiento escolar, deportivo, así como de su propia seguridad y la de su familia	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un estudio controlado, sin asignación aleatoria de 4 casos, se puso a prueba la terapia conductista dirigida (TCD) para el tratamiento de ansiedad generalizada y problemas del sueño en niños de 7 a 12 años*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			Temor a conocer gente nueva y al rechazo de sus amigos		
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** Un estudio preexperimental, que realizó pre y postest en 16 adolescentes, para evaluar la viabilidad de una intervención, mostró que 12 de los adolescentes registraron puntuaciones por encima de 55 en la escala BYI-depresión, lo que indica depresión leve, con 8 de puntuación > 60 correspondiente al rango de moderado a severo. Siete de los adolescentes tuvieron más de 55 en la subescala de indicación BYI-ansiedad, indicando al menos ansiedad leve, con 6 de puntuación > 60 que indica un rango de moderado a severo.	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en un estudio preexperimental en un grupo de 16 adolescentes con aplicación de pre y postest, con el propósito de evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención, utilizando el proyecto Creación de Oportunidades de Empoderamiento Personal (COPE) que consta de 7 sesiones de 50 minutos durante 4 semanas. Los adolescentes fueron referidos por la enfermera familiar al presentar síntomas de depresión y ansiedad elevados según el inventario de BECK.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** En el mismo estudio los autores concluyeron que el programa COPE en formato de grupo para adolescentes con depresión o ansiedad es factible y es una intervención prometedora para reducir los síntomas depresivos y de ansiedad en adolescentes, junto con la mejora de la creencia acerca de su capacidad para hacer frente y manejar el estrés.	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en un estudio preexperimental en un grupo de 16 adolescentes con aplicación de pre y postest, con el propósito de evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención, utilizando el proyecto Creación de Oportunidades de Empoderamiento Personal (COPE) que consta de 7 sesiones de 50 minutos durante 4 semanas. Los adolescentes fueron referidos por la enfermera familiar al presentar síntomas de depresión y*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				ansiedad elevados según el inventario de BECK.	
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Evidencia.** En el estudio descrito previamente, se cita una investigación efectuada en los Estados Unidos (EU) por Merikangas et al en 2010, en el que se reporta que la ansiedad es el estado de salud mental más frecuente reportado en niños y adolescentes (40%) con una media de inicio a los 6 años de edad. Los adolescentes con un trastorno depresivo son de 6 a 12 veces más propensos a padecer ansiedad, tienen de 4 a 11 veces más probabilidad de presentar un trastorno del comportamiento disruptivo, y de 3 a 6 más el riesgo de consumo de sustancias adictivas.	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en un estudio preexperimental en un grupo de 16 adolescentes con aplicación de pre y postest, con el propósito de evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención, utilizando el proyecto Creación de Oportunidades de Empoderamiento Personal (COPE) que consta de 7 sesiones de 50 minutos durante 4 semanas. Los adolescentes fueron referidos por la enfermera familiar al presentar síntomas de depresión y ansiedad elevados según el inventario de BECK.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá realizar detección a través de la aplicación del inventario de BECK e implementar programas de intervención conductual en las escuelas; ya que el entorno escolar, es el lugar más ideal para detectar de manera oportuna los trastornos de ansiedad y sus consecuencias en niños y adolescentes.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un estudio preexperimental en un grupo de 16 adolescentes con aplicación de pre y postest, con el propósito de evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención, utilizando el proyecto Creación de Oportunidades de Empoderamiento Personal (COPE) que consta de 7 sesiones de 50 minutos durante 4 semanas. Los adolescentes*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				fueron referidos por la enfermera familiar al presentar síntomas de depresión y ansiedad elevados según el inventario de BECK.	
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** Por consenso de los autores de la guía, se sugiere al personal de enfermería del primer nivel de atención, realizar campañas de tamización para la detección de trastornos de ansiedad, depresión, riesgo de uso y abuso de sustancias en los niños que asisten a educación prescolar, primaria, y adolescentes inscritos en secundaria y preparatoria. A través de las siguientes escalas validadas: • Escala de Ansiedad Infantil (SCARED) • Escala de ansiedad para niños (SCAS) de Spence en español • Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC) • Escala de Depresión para la Infancia (DSRC) • Escala de Ansiedad del Prescolar (para contestarse por los padres) • Inventario de ansiedad Estado-Rasgo para Niños • Inventario de Ansiedad para Jóvenes	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-O) aceptada y validada para niños y adolescentes mexicanos de Raddoff, 1977		
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastorno de ansiedad	**Recomendación.** Con el propósito de detectar oportunamente y prevenir complicaciones en los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC, por sus siglas en inglés), sugiere las siguientes acciones: • Informar al niño, adolescente y su familia sobre los recursos protectores de la comunidad • Colaborar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles • Educar para la identificación de factores desencadenantes de las crisis de ansiedad • Fortalecer la identificación de nuevas habilidades para solucionar problemas y de adaptación • Favorecer la expresión verbal • Elaborar programas de intervención cognitivo conductual en las escuelas para lograr un cambio en el comportamiento y en las emociones • Pláticas de educación para la salud sobre los trastornos de	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			ansiedad y sus consecuencias, a maestros de educación prescolar, básica y nivel medio superior • Orientación a los padres y cuidadores sobre la importancia de identificar los signos y síntomas de manera oportuna, poniendo especial atención a situaciones emocionalmente estresantes • Aplicación de pruebas para tamización con el propósito de detectar la presencia de síntomas de ansiedad en niños y adolescentes • Observar si el niño o adolescente se muerde las uñas o nudillos ante situaciones de ansiedad • Realizar ejercicios de relajación • Recomendar que los niños y adolescentes realicen deportes que no inciten a la agresión y que fomenten el trabajo en equipo • Indagar en el niño o adolescente sobre sus gustos y preferencias de actividades que le proporcionen tranquilidad.		
Heather, 2020 GPC Estados Unidos (108)	Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and	Trastorno de ansiedad	En la atención primaria, del colegio u otros servicios para niños ambientes sociales y emocionales generales se pueden emplear libremente instrumentos de tamizaje.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes. bien dirigido estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo*	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Adolescents With Anxiety Disorders			*y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo.*	
Heather, 2020 GPC Estados Unidos	Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders	Trastorno de ansiedad	El cuestionario de fortalezas y dificultades se puede implementar sistemáticamente para estandarizar la identificación de los problemas de ansiedad.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes. bien dirigido estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo.*	
Heather, 2020 GPC Estados Unidos	Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders	Trastorno de ansiedad	Antes de que se realice el diagnóstico se deben haber descartado explicaciones alternativas mentales, médicas y relacionadas con las sustancias para la presentación de los síntomas.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo.*	
Heather, 2020 GPC Estados Unidos	Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of	Trastorno de ansiedad	El uso de las medidas transversales de síntomas iniciales calificadas por los padres y por sí mismos o las preguntas de detección integradas en guías de	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy*	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Children and Adolescents With Anxiety Disorders		entrevistas estructuradas puede estandarizar y mejorar la eficiencia de la revisión psiquiátrica de los síntomas para evaluar las comorbilidades psiquiátricas. .	*bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido(103)	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	Trastorno de ansiedad	Un diagnóstico de TDAH solo debe ser realizado por un psiquiatra especialista, un pediatra u otro profesional de la salud debidamente calificado con capacitación y experiencia en el diagnóstico de TDAH.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo.*	
Zuckerbrot, 2018 GPC USA (101)	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	Los pacientes con factores de riesgo deben ser monitoreados sistemáticamente a lo largo del tiempo, para detectar el desarrollo de un trastorno depresivo, mediante el uso de un instrumento formal de tamización	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 2** *Se basa en diferentes estudios, especialmente cohortes,, que evalúan factores de riesgo asociados con depresión*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.
Zuckerbrot, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I.	Trastorno depresivo mayor	Los médicos de atención primaria deben evaluar la depresión en aquellos que dan positivo en la herramienta de tamización (ya sea que se use como parte de la detección universal o dirigida), en aquellos que	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 3. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management		presentan algún problema emocional como la queja principal y en aquellos en los que se sospecha altamente depresión a pesar de un resultado negativo en la tamización. Los médicos deben evaluar los síntomas depresivos sobre la base de los criterios diagnósticos establecidos en el SDM-5 o la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE10	*Se basó en varios estudios de tecnología diagnóstica que comparan herramientas de tamizaje estructuradas con técnicas de entrevista psiquiátrica.*	Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.
Zuckerbrot, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	Los médicos de atención primaria deben usar herramientas estandarizadas de depresión para ayudar en la evaluación (si aún no se utilizan como parte del proceso de detección)	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 1. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Se basó en varios estudios de tecnología diagnóstica que comparan herramientas de tamizaje estructuradas con técnicas de entrevista psiquiátrica.*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.
Zuckerbrot, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	La evaluación de la depresión debe incluir entrevistas directas con los pacientes y las familias y/o cuidadores	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 2. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Basado en un estudio de cohorte y dos estudios de evaluación diagnóstica Uno de los últimos evaluó 1.285 diadas padre-hijo para calcular el acuerdo con respecto a los niveles de deterioro, necesidad y uso de servicios y el diagnóstico.*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Zuckerbrot, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	La evaluación de la depresión debe incluir la evaluación del deterioro funcional en diferentes dominios y otras condiciones psiquiátricas existentes	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 1. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Basada en el análisis secundario de un ensayo clínico realizado con 439 adolescentes asignados aleatoriamente a cuatro opciones de tratamiento.*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.
NICE, 2019 GPC Reino Unido (102)	Depresión en niños y jóvenes: identificación y manejo	Depresión	Todos los profesionales de atención médica y CAMHS deben usar de forma rutinaria, y registrar en las notas, medidas de resultado apropiadas (como las medidas de autoinforme utilizadas en la detección de depresión o las medidas de resultado genéricas utilizadas por determinados servicios, por ejemplo Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents [HoNOSCA] o el cuestionario de Fortalezas y Dificultades [SDQ]), para la evaluación y tratamiento de la depresión en niños y jóvenes.	*Recomendación tipo GPP, mantenida de la guía NICE 2005 (Depression in Children and Young People**)***	Department of Health and Social Care, UK
CENETEC, 2017 GPC México (99)	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).	El test de Conners es una herramienta de apoyo para el personal de salud, psicopedadogos y maestros para realizar valoración integral de los niños y adolescentes con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).	**Recomendación A** *Se basa en una RSL de 1999 que incluyó cuatro estudios de Conners de 1997 y cuatro estudios de pruebas diagnósticas publicados entre 1998 y 2008.* *La RSL reportó una sensibilidad del 94%, pero en los estudios primarios esta varío*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	primer nivel de atención			*desde el 38% hasta el 90% y la sensibilidad desde el 13 hasta el 93% dependiendo del punto de corte.* *Esta evidencia tiene como limitaciones su realización en poblaciones heterogéneas en cuanto a comorbilidades, el uso de distintos estándares de referencia, la búsqueda limitada de estudios primarios, limitaciones en la descripción de métodos de análisis y cálculo de la concordancia.*	Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
Alda, 2010 GPC España (109)	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	Las escalas específicas para el TDAH en niños y adolescentes se pueden utilizar de manera complementaria para su diagnóstico, pero nunca como sustitutos de la entrevista clínica, para detectar la presencia y evaluar la intensidad de los síntomas nucleares.	**Sistema SIGN: 2+** *Se incluyeron Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes bien dirigidos estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal. Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un riesgo bajo de sesgo y una probabilidad moderada de que la relación sea causal.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	La información proporcionada por padres y profesores, a través de las escalas de valoración, es útil para diagnosticar el TDAH en niños y adolescentes y para valorar la evolución de los síntomas y la respuesta al tratamiento.	**Sistema SIGN:4** *Buena práctica clínica: Recomendación por consenso del grupo elaborador.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	La valoración neuropsicológica no es imprescindible para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes.	**Sistema SIGN: 2+** *Se incluyeron Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal. Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un riesgo bajo de sesgo y una probabilidad moderada de que la relación sea causal.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	El diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes debe hacerse a través de entrevistas clínicas con los padres y el paciente, obteniendo información del colegio, revisando antecedentes familiares y personales como el examen físico y psicopatológico del paciente.	**Sistema SIGN:2-** *Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes es exclusivamente clínico.	**Sistema SIGN:2-** *Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit	TDAH	Para diagnosticar el TDAH en niños y adolescentes se recomienda el uso de los	**Sistema SIGN:2-**	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents		criterios diagnósticos del DSM-IV-TR o ICD-10.	*Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.*	al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	El examen neuropsicológico del TDAH en niños y adolescentes es útil para conocer el perfil de habilidades y dificultades en el funcionamiento cognitivo y comorbilidad con específicos trastornos del aprendizaje.	**Sistema SIGN:4** *Buena práctica clínica: Recomendación por consenso del grupo elaborador.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	Para diagnosticar el TDAH no es necesario que haya una alteración en los resultados de las pruebas neuropsicológicas que evalúan la capacidad ejecutiva funciones	**Sistema SIGN:2-** *Nivel de evidencia científica 3 o 4; o evidencia científica extrapolada de estudios calificados como 2+. Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y uns moderada probabilidad de que la relación sea causal.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	La evaluación psicopedagógica es útil para evaluar el estilo y las dificultades de aprendizaje y para establecer los objetivos de la intervención reeducativa.	**Sistema SIGN:2-** *Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

					de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	Para diagnosticar el TDAH en niños y adolescentes no están indicadas pruebas de laboratorio, neuroimagen o neurofisiológicas a menos que la evaluación clínica lo justifique.	**Sistema SIGN:2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	Los cuestionarios de psicopatología general pueden utilizarse para el tamizaje de comorbilidad.	**Sistema SIGN:4** *Buena práctica clínica: Recomendación por consenso del grupo elaborador.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.
Alda, 2010 GPC España	Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents	TDAH	Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas son útiles para establecer el diagnóstico de TDAH y sus comorbilidades en niños y adolescentes.	**Sistema SIGN:4** *Buena práctica clínica: Recomendación por consenso del grupo elaborador.*	Instituto de Salud Carlos II, perteneciente al departamento independiente de Ministerio de Ciencia e innovación.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Álvarez, 2020 GPC USA (11)	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de cribado.	**Clasificación SIGN: C** *Evidencia derivada de estudios de cohortes o de casos y controles o de estudios de pruebas diagnósticas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En atención primaria, se sugiere implementar programas de cribado del riesgo de suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de cribado puede utilizarse el Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz, por ser el único validado en castellano.	**Clasificación SIGN: C** *Evidencia derivada de estudios de cohortes o de casos y controles o de estudios de pruebas diagnósticas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En niños y adolescentes con presencia de factores de riesgo de conducta suicida se recomienda realizar una amplia evaluación psicopatológica y social. La evaluación deberá seguir los mismos principios que en los adultos aunque considerando los aspectos psicopatológicos propios de la infancia y adolescencia y prestando especial atención a la familia y su situación social.	**Clasificación SIGN: D GPC** *Basado en recomendaciones de otra GPC, a partir de consenso de expertos*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento	Conducta suicida	En la evaluación del riesgo de suicidio en el niño o adolescente se recomienda preguntar directamente sobre la presencia de ideación suicida o planificación,	**Clasificación SIGN: C** *Evidencia derivada de estudios de cohortes o de casos y controles o de estudios de pruebas diagnósticas con*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	de la Conducta Suicida		conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, así como ampliar la evaluación a personas cercanas (padres o profesores).	*bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal*	Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de: • Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS). • Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). • Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age • Children (K-SADS). Children Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R).	**Recomendación por consenso** **Clasificación SING: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	De cara a la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con tras-tornos mentales se recomienda: • Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la • estrategia de tratamiento más beneficiosa en cada caso. • Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos. • Valorar de forma periódica los síntomas de depresión, ideación suicida y la • presencia de posibles eventos vitales estresantes.		Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			Favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, para realizar un adecuado seguimiento.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	No utilice herramientas de detección (por ejemplo, SCOFF) como único método para determinar si las personas tienen o no un trastorno alimentario. *No recomendado uso de Development and Well-Being Assessment (DAWBA) en niños y jovenes (5 a 16 años)*		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido (104)	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Las personas con trastornos alimenticios deben ser evaluadas y recibir tratamiento lo antes posible	**GRADE: Moderada a muy baja** *Se basó en ensayos clínicos controlados y estudios observacionales. Los primeros obtuvieron principalmente evaluación de calidad muy baja por imprecisión y riesgo de sesgo por razones como aleatorización poco clara, fallas en el cegamiento y alta tasa de pérdida al seguimiento.* *Los estudios observacionales también fueron todos de muy baja calidad específicamente por riesgo de confusión.*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	El tratamiento temprano es particularmente importante para aquellos con o en riesgo de emaciación grave y dichos pacientes deben ser priorizados para el tratamiento.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Al evaluar un trastorno alimentario o decidir si derivar a la persona para su evaluación, tenga en cuenta cualquiera de los siguientes requisitos: • un índice de masa corporal (IMC) o peso corporal inusualmente bajo o alto para su edad • pérdida rápida de peso		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• dieta o prácticas alimentarias restrictivas (como hacer dieta cuando tienen bajo peso) que les preocupan a ellos, a sus familiares o cuidadores, o a los profesionales • miembros de la familia o cuidadores informan de un cambio en el comportamiento alimentario • aislamiento social, particularmente de situaciones que involucran alimentos • otros problemas de salud mental • una preocupación desproporcionada por su peso o forma (por ejemplo, preocupaciones por el aumento de peso como efecto secundario de la medicación anticonceptiva) • problemas para controlar una enfermedad crónica que afecta la dieta, como diabetes o enfermedad celíaca • trastornos menstruales u otros trastornos endocrinos, o síntomas gastrointestinales inexplicables • signos físicos de desnutrición, que incluyen mala circulación, mareos, palpitaciones, desmayos o palidez; o de comportamientos compensatorios, que incluyen el uso indebido de píldoras laxantes o dietéticas, vómitos o ejercicio excesivo • dolor abdominal asociado con vómitos o restricciones en la dieta, y que no se		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			puede explicar completamente por una afección médica • desequilibrio electrolítico inexplicable o hipoglucemia • desgaste dental atípico (como erosión) • si participan en actividades asociadas con un alto riesgo de trastornos alimenticios (por ejemplo, deporte profesional, moda, danza o modelización).		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Los niños y jóvenes con un trastorno alimentario también pueden presentar un crecimiento vacilante (por ejemplo, un bajo peso o estatura para su edad) o retraso en la pubertad.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	No utilice medidas únicas como el IMC o la duración de la enfermedad para determinar si desea ofrecer tratamiento para un trastorno alimentario.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Los profesionales en salud mental primaria y secundaria o emergencias deben evaluar lo siguiente en personas con sospecha de trastorno alimentario: • su salud física, incluida la comprobación de cualquier efecto físico de la desnutrición o comportamientos compensatorios como vómitos • la presencia de problemas de salud mental comúnmente asociados con trastornos alimenticios, incluyendo		National Institute for Health and Care Excellence

Copia no Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• depresión, ansiedad, autolesión y trastorno obsesivo-compulsivo • la posibilidad de abuso de alcohol o sustancias la necesidad de atención de emergencia en personas cuya salud física está comprometida o que tienen un riesgo de suicidio.		
Newton, 2017 RSL Canadá (110)	A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department	Conducta suicida	El Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) proporciona pruebas sólidas para descartar riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos pediátricos. Posee sensibilidad del 98% y especificidad de 66%.	**Clasificación GRADE: muy baja** *Se basó en un estudio de cohorte prospectiva con riesgo de sesgo por posibles errores en la selección de los participantes.*	Emergency Strategic Clinical Network of Alberta Health Services
Newton, 2017 RSL Canadá	A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department	Problemas de salud mental en general	Para detección general se recomienda el Home, Education, Activities/Peers, Drug/Alcohol, Suicidality, Emotions/Behavior, Discharge Resources (HEADS-ED), el cual cumple con los criterios de contenido y validez predictiva y cumple parcialmente con el criterio de validez concurrente. El criterio de fiabilidad entre evaluadores se cumple parcialmente. El instrumento requiere una formación mínima en evaluación e interpretación. Además, tiene buena precisión para identificar a los pacientes pediátricos de salud mental que requieren ingreso hospitalario (área bajo la curva = 0,82). El	**Clasificación GRADE: muy baja** *Se basó en un estudio de cohorte prospectiva con riesgo de sesgo por dudas en el manejo del gold estándar.*	Emergency Strategic Clinical Network of Alberta Health Services

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			riesgo de ingreso a urgencias es seis veces más probable si los pacientes reciben una puntuación HEADS-ED > 7 y una puntuación de riesgo suicida de 2		
Bryce, 2021 RSL Australia (111)	Evaluación cognitiva breve basada en el desempeño en jóvenes de 12 a 25 años: una revisión sistemática	Deterioro cognitivo	No existe ninguna medida de cribado que surja como superior para detectar el deterioro cognitivo en este grupo de edad (12-25 años).	**Clasificación GRADE: Baja** *Resultados basados en 20 estudios, de los cuales 16 fueron de corte transversal y 4 de cohorte. La mayoría con alto riesgo de sesgo o no claro (QUADAS-II).*	National Health and Medical Research Council

[1]Sistema GRADE: **Alta:** hay una confianza alta en que el verdadero efecto está cercano del estimativo del efecto; **Moderada:** hay una confianza moderada en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que esté cercano al estimativo del efecto, pero hay una posibilidad que sea sustancialmente diferente; **Baja**: la confianza en el estimativo del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto. **Muy baja:** se tiene muy baja confianza en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto (105).

Sistema SIGN: **1++:** Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo; **1+:** Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo; **1-:** Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo; **2++:** Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal; **2+**: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal; **2-**: Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal; **3:** Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos; **4:** Opinión de expertos. *Fuerza de las recomendaciones*: **A**: al menos un metanálisis, revisión sistemática, o ECA de nivel 1++, y directamente aplicables a la población objetivo; o cuerpo de evidencia constituida principalmente de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados. **B:** cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+. **C:** cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++. **D:** evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+. **Puntos de buena práctica**: mejor práctica recomendada basada en la experiencia clínica del grupo desarrollador de la guía (106).

Sistema de Shekelle: **Ia:** evidencia de metanálisis de estudios clínicos; **Ib:** evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio; **IIa**: evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización; **IIb**: al menos otro estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte; **III**: evidencia de un estudio descriptivo no experimental (comparativos, de correlación, casos y controles y revisiones clínicas); **IV**: evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia. Las recomendaciones **A** se basan en evidencia I, las **B** en evidencia II o son recomendaciones extrapoladas de I, las **C** en evidencia III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia I o II, las **D** se basan en evidencias IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencia II o III (107).

Sistema AMSTAR: **Alta:** cero o una debilidad no crítica: la revisión sistemática proporciona un resumen preciso y completo de los resultados de los estudios disponibles que abordan la cuestión de interés.**Moderado** - Más de una debilidad no crítica*: La revisión sistemática tiene más de una debilidad, pero ninguna falla crítica. Puede proporcionar un resumen preciso de los resultados

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

de los estudios disponibles que se incluyeron en la revisión. **Bajo:** una falla crítica con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene una falla crítica y es posible que no proporcione un resumen preciso y completo de los estudios disponibles que abordan la pregunta de interés. **Críticamente bajo:** más de una falla crítica con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene más de una falla crítica y no se debe confiar en ella para proporcionar un resumen preciso y completo de los estudios disponibles (112).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 3: ¿Cuáles son las intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Síntesis de la evidencia

Se identificaron 1369 registros en bases de datos, de los cuales se excluyeron 18 duplicados y se tamizaron por título y resumen 1351. Se eligieron 52 documentos para elegibilidad por texto completo, pero se excluyeron 41 por motivos como no encontrar el texto completo, no incluir niños y adolescentes o tener dudas sobre la metodología. Finalmente se seleccionaron 11 revisiones sistemáticas para evaluarlas con el instrumento ROBIS.

Ocho revisiones obtuvieron riesgo de sesgo bajo; las otras tres (una de ejercicio físico en niños con discapacidad intelectual, otra de anticonvulsivantes, y otra de intervenciones no farmacológicas para niños con dificultades cognitivas) obtuvieron una evaluación de riesgo alto por fallas en la búsqueda de la literatura o preocupaciones respecto a la síntesis y los resultados. Para estás 3 últimas no se realizó extracción de evidencia (anexo 6).

En cuanto a las GPC, se realizó la síntesis de la evidencia a partir de una guía para trastornos de la conducta alimentaria (incluyó anorexia, bulimia y atracones), una guía para discapacidad intelectual, una de conducta suicida, una de TDHA, 5 de depresión y una de ansiedad. La síntesis de la evidencia se reporta en la tabla 3.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Resultados para la pregunta 3

Tabla 3: Evidencia sobre intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
CENETEC, 2017 GPC México (99)	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	Trastorno de autismo, discapacidades del desarrollo y problemas de conducta	En los niños con autismo, discapacidades del desarrollo y con problemas de conducta, es benéfico que los padres y personal de salud participen en el entrenamiento de comunicación funcional para disminuir problemas de conducta.	**Clasificación GRADE: Fuerte** *Guideline Functional communication training and treatment of problem behavior NGC, 2012.*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta	Trastornos de la conducta	Dialogar con los padres de niños con trastorno de conducta sobre posibles sentimientos de culpa por los problemas de conducta de los hijos, de ser necesario brindar apoyo personal, social y emocional dando libertad de abordar directamente las dudas de los padres	**Clasificación GRADE: Fuerte**	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

					Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta	Trastornos de la conducta	Asesorar a los padres sobre la importancia del tratamiento psicofarmacológico en trastornos de la conducta en niños y adolescentes, el impacto de la enfermedad en el rendimiento educativo y en la salud física	**Clasificación GRADE: A**	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta	Trastornos de la conducta	Concientizar a los padres sobre la importancia de su participación activa en el tratamiento de sus hijos, involucrándolos para asegurar el manejo efectivo del tratamiento y de las intervenciones e informarles que pueden existir efectos secundarios al medicamento, entre ellos están: supresión del apetito y dificultad para dormir	**Clasificación GRADE: Fuerte**	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá conocer y participar de forma interdisciplinaria en la terapia conductivo conductual enfocada en la emoción (ECBT), ya que es un tratamiento eficaz para la reducción continua de la ansiedad por separación y los síntomas de ansiedad total. En esta terapia se recomienda la enseñanza de técnicas de relajación, para reducir o modificar la respuesta de	**Clasificación GRADE: FUERTE A FAVOR** *Se basó en un experimento clínico realizado en 30 niños de 9 a 13 años de edad, divididos en 15 niñas y 15 niños diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación (TAS) donde se evaluó y comparó la efectividad de la terapia conductivo conductual (TCC) y la terapia conductivo conductual*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			excitación fisiológica del niño y la regulación emocional.	*enfocada en la emoción (ECBT), en los síntomas de ansiedad, tristeza y manejo de la ira.*	
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá conocer el desarrollo normal del niño, ya que según el DSM-5-TM (2013) el trastorno de ansiedad por separación (TAS) puede aparecer alrededor de los 7 meses de edad, alcanzando su mayor intensidad después del primer año de vida y disminuye a partir de los 2 años y medio de edad. Cuando la ansiedad ocurre después de esa etapa se considera anormal.	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Evidencia.** Los resultados de un experimento clínico comparando terapia conductivo conductual con la misma terapia más D-cicloserina, en adolescentes con TOC, mostraron que no hay diferencia de la adición de D-cicloserina en comparación con placebo en cuanto al cumplimiento de la tarea de la semana siguiente, controlando por posibles variables de confusión (p=0,9) o no (p=0,75). Sin embargo, la D-cicloserina tiene efectos más fuertes en la mejora de los resultados del ERP para el TOC, cuando se prescribe a aquellos adolescentes que son más conformes con las tareas asignadas.	**Clasificación GRADE: ALTA** *Se basó en un estudio experimento clínico realizado con 26 adolescentes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), con el objetivo de verificar los efectos en el cumplimiento de las tareas en un grupo manejado con terapia cognitivo conductual y placebo en comparación con otro grupo manejado con terapia cognitivo conductual más el fármaco D-cicloserina.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá administrar el tratamiento farmacológico prescrito por el médico. De igual manera orientar a los padres sobre la importancia de continuar el tratamiento en el hogar.	**Clasificación GRADE: FUERTE A FAVOR** *Se basó en un estudio experimento clínico realizado con 26 adolescentes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), con el objetivo de verificar los efectos en el cumplimiento de las tareas en un grupo manejado con terapia cognitivo conductual y placebo en comparación con otro grupo manejado con terapia cognitivo conductual más el fármaco D-cicloserina.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** Se sugiere al personal de enfermería que, a través de la entrevista y la observación, valore la congruencia de las compulsiones en relación con las obsesiones presentes en el niño o adolescente. Así como la anotación correspondiente en el formato de hojas de notas y registros clínicos de enfermería.	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** Por seguridad del paciente se sugiere al personal de enfermería cumplir con el indicador de administración de medicamentos por vía oral, respetando los nueve correctos y registrar cualquier evento adverso en el formato correspondiente.	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC	Intervenciones de enfermería para la	Trastornos de ansiedad	**Evidencia.** En un estudio preexperimental realizado en Estados	**Clasificación SIGN: 2++**	Dependencia del gobierno federal.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

México	detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.		Unidos con 16 adolescentes en 2 escuelas secundarias, refieren que aproximadamente 15 millones de niños y adolescentes en Estados Unidos tienen un problema de salud mental que está interfiriendo con su funcionamiento en el hogar o en la escuela. Sin embargo, menos del 25% reciben tratamiento para estos trastornos	*Se basó en un estudio preexperimental en un grupo de 16 adolescentes con aplicación de pre y postest, con el propósito de evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención, utilizando el proyecto Creación de Oportunidades de Empoderamiento Personal (COPE) que consta de 7 sesiones de 50 minutos durante 4 semanas. Los adolescentes fueron referidos por la enfermera familiar al presentar síntomas de depresión y ansiedad elevados según el inventario de BECK.*	Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Evidencia.** En el mismo estudio preexperimental los autores mencionan que el personal de enfermería asignado a las escuelas, suele ser un excelente defensor para lograr que los estudiantes reciban los servicios preventivos de salud mental, y en sus intervenciones puede referir a los niños y adolescentes para tratamiento especializado.	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en un estudio preexperimental en un grupo de 16 adolescentes con aplicación de pre y postest, con el propósito de evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención, utilizando el proyecto Creación de Oportunidades de Empoderamiento Personal (COPE) que consta de 7 sesiones de 50 minutos durante 4 semanas. Los adolescentes fueron referidos por la enfermera familiar al presentar síntomas de depresión y ansiedad elevados según el inventario de BECK.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC	Intervenciones de enfermería para la	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería asignado a primer nivel de	**Clasificación SIGN: B**	Dependencia del gobierno federal.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

México	detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.		atención deberá recibir capacitación en la terapia cognitivo conductual por un profesional de la psicología, ya que es el manejo de primera elección para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes	*Se basó en un estudio preexperimental en un grupo de 16 adolescentes con aplicación de pre y postest, con el propósito de evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención, utilizando el proyecto Creación de Oportunidades de Empoderamiento Personal (COPE) que consta de 7 sesiones de 50 minutos durante 4 semanas. Los adolescentes fueron referidos por la enfermera familiar al presentar síntomas de depresión y ansiedad elevados según el inventario de BECK.*	Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería del primer nivel de atención, deberá considerar realizar intervención de psicoeducación grupal en las escuelas, con el propósito de que los niños se sientan cómodos y lograr la participación de los padres para el aprendizaje de un modelo cognitivo que incluya: comprensión de los pensamientos, sentimientos, comportamiento y habilidades de afrontamiento al estrés o situaciones adversas del niño o adolescente.	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un estudio preexperimental en un grupo de 16 adolescentes con aplicación de pre y postest, con el propósito de evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención, utilizando el proyecto Creación de Oportunidades de Empoderamiento Personal (COPE) que consta de 7 sesiones de 50 minutos durante 4 semanas. Los adolescentes fueron referidos por la enfermera familiar al presentar síntomas de depresión y ansiedad elevados según el inventario de BECK.*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC	Intervenciones de enfermería para la	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** Se sugiere al personal de enfermería la utilización de	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

México	detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.		técnicas para una comunicación efectiva y empática con los usuarios, que permitan crear un ambiente de confianza para la expresión de pensamientos, emociones y sentimientos que faciliten la valoración del niño o adolescente.		Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Evidencia.** El trastorno de ansiedad generalizada en la niñez se caracteriza por una considerable inestabilidad a lo largo del tiempo, y la mayoría de los niños afectados cumplen con los criterios de otros trastornos en su etapa de adolescentes y adultos. Las intervenciones conductuales en la terapia (TBT), orientada a reducir la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre, problemas de insomnio, como: la extinción graduada de la presencia de los padres a la hora de acostarse, los enfoques de fijación de límites de los padres y las rutinas de acostarse aplicadas de forma consistente y positiva. Se consideran el tratamiento de elección para los problemas de sueño infantil.	**Clasificación SIGN: 2++** *Se basó en un estudio controlado, sin asignación aleatoria de 4 casos, se puso a prueba la terapia conductista dirigida (TCD) para el tratamiento de ansiedad generalizada y problemas del sueño en niños de 7 a 12 años*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** El profesional de enfermería que intervenga en el desarrollo de la terapia conductivo conductual, deberá entrevistar de primera elección a los padres de los niños menores de 12 años. Para los	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un estudio controlado, sin asignación aleatoria de 4 casos, se puso a prueba la terapia conductista dirigida (TCD) para el tratamiento de*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal,

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	ansiedad en niños y adolescentes.		adolescentes es esencial conocer la información directamente del propio adolescente y en otro momento confirmarla con los padres o tutor.	*ansiedad generalizada y problemas del sueño en niños de 7 a 12 años*	servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería deberá cumplir con en código de ética para las enfermeras sobre la información confiada en la entrevista. Sin embargo, debe informarle al niño o adolescente que es necesario que él comparta la información para las personas claves para su tratamiento (padres, tutores y hermanos).	**Clasificación SIGN: B** *Se basó en un estudio controlado, sin asignación aleatoria de 4 casos, se puso a prueba la terapia conductista dirigida (TCD) para el tratamiento de ansiedad generalizada y problemas del sueño en niños de 7 a 12 años*	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** El personal de enfermería podrá realizar intervención en crisis en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, a través de: • Proporcionar un ambiente seguro ante la agitación, o riesgo de autoagresión o agresión a otros. • Contención verbal, mecánica y farmacológica con base en el protocolo establecido en cada institución. • Vigilancia estrecha y continua Cumplimiento de la NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** Por consenso del grupo desarrollador, y con el propósito de realizar intervenciones para el control de los trastornos de ansiedad en las unidades de segundo y tercer nivel de atención, se sugiere realizar intervenciones de la Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC): • Proporcionar a los padres, cuidador y pacientes información objetiva respecto a la atención de enfermería dirigida a los niños y adolescentes. • Crear un ambiente que facilite la confianza a través de la escucha activa. • Realizar valoración de enfermería con focalización al patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés. • Fomentar la realización de actividades no competitivas considerando cada uno de los casos. • Realizar los registros clínicos correspondientes con respecto a los datos subjetivos y objetivos que manifieste el niño y el adolescente.	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Disminución de la ansiedad (explicar al niño y el adolescente que entendemos su problema, no juzgarlo, demostrarle aceptación respetando sus formas de expresión, ofrecerle nuestra ayuda para cuando la necesite). • Animar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos. • Apoyo emocional (ayudar a identificar fuentes de estrés, ansiedad y enseñar a cómo controlarse). • Aumentar el afrontamiento, instruir al niño y al adolescente sobre técnicas de relajación. • Administrar masajes en la espalda – cuello. • Entrenamiento para el control de impulsos. Ayudar al paciente a realizar una descripción del suceso que se aproxima. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del niño y adolescente.		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Manejo de la conducta hiperactiva o falta de atención. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad (derivados de las benzodiacepinas y antidepresivos). Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.		
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** Con el propósito de favorecer la intervención terapéutica e identificar posibles ideas erróneas que afecten la evolución, se propone realizar intervenciones de la Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC) en el niño y el adolescente con trastorno de ansiedad: • Establecer el propósito de la interacción del niño y el adolescente con el personal de salud. • Mostrar interés en el niño y el adolescente. • Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupación. • Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones y preocupaciones personales.	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. • Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación. • Estar atentos a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas. • Estar atento al tiempo, tono, volumen, entonación e inflexión de la voz. • Identificar los temas predominantes. • Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. • Calcular una respuesta de manera que refleje la comprensión del mensaje recibido. • Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento. • Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura). Utilizar silencio / escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.		
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.	Trastornos de ansiedad	**Recomendación.** La clasificación de intervenciones en enfermería (por sus siglas en inglés NIC), sugiere realizar diferentes terapias para incrementar la socialización y facilitar la manifestación de emociones en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad: • Seleccionar materiales humorísticos que causen una reacción alegre en el niño. • Disponer de una selección de juegos de mesa, dibujos, bromas, videos, cintas, libros humorísticos, etc. • Fomentar la visualización con humor (pintar una figura autoritaria en ropa interior).	**Punto de buena práctica**	Dependencia del gobierno federal. Secretaría de Salud. Dependencia del gobierno estatal, servicios de salud de sonora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Observar y registrar las respuestas del niño y del adolescente; y suspender la estrategia de humor, si no es efectiva. Evitar el uso de la terapia del humor en niños y adolescentes con trastornos cognoscitivos (TDAH, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, etc.)		
McQuaid GPC Estados Unidos (113)	APA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	Depresión	Cualquiera de las siguientes psicoterapias/intervenciones: terapia conductual, terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia de juego, terapia de resolución de problemas, psicodinámica terapia y/o terapia de apoyo.	**Clasificación AMSTAR: Críticamente bajo.** Más de una falla crítica con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene más de una falla crítica y no se debe confiar en ella para proporcionar un resumen preciso y completo de los estudios disponibles. .	American Psychological Association.
McQuaid GPC Estados Unidos	APA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	Depresión	Se recomienda la fluoxetina como medicamento de primera línea en comparación con otros medicamentos para pacientes adolescentes con trastorno depresivo mayor, específicamente al considerar las opciones de medicamentos.	**Clasificación AMSTAR: Críticamente bajo:** Más de una falla crítica con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene más de una falla crítica y no se debe confiar en ella para proporcionar un resumen preciso y completo de los estudios disponibles.	American Psychological Association.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

McQuaid, 2019 GPC Estados Unidos	APA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	Depresión	Para el tratamiento inicial de pacientes adolescentes con trastornos depresivos, el panel recomienda que los médicos ofrezcan una de las siguientes psicoterapias/intervenciones: -Terapia cognitivo-conductual -Psicoterapia interpersonal adaptada para adolescentes (IPT-A)	**Clasificación AMSTAR Bajo:** Una falla crítica con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene una falla crítica y es posible que no proporcione un resumen preciso y completo de los estudios disponibles que abordan la pregunta de interés.	American Psychological Association.
McQuaid, 2019 GPC Estados Unidos	APA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	Depresión	Se recomienda fluoxetina como medicamento de primera línea en comparación a otros medicamentos para pacientes adolescentes con trastorno depresivo mayor, específicamente al considerar y descartar otras opciones de medicamentos.	**Clasificación AMSTAR: Moderado** Más de una debilidad no crítica: La revisión sistemática tiene más de una debilidad, pero ninguna falla crítica. Puede proporcionar un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles que se incluyeron en la revisión.	American Psychological Association.
NICE, 2019 GPC Estados Unidos (102)	Depression in children and young people: identification and management	Depresión	Los medicamentos antidepresivos no deben usarse para el tratamiento inicial de niños y jóvenes con depresión leve.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o*	National Institute for health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo	
NICE, 2019 GPC Estados Unidos	Depression in children and young people: identification and management	Depresión	Para los niños de 5 a 11 años con depresión leve que continúa después de 2 semanas seguimiento y sin problemas significativos de comorbilidad o ideas o planes suicidas activos, considere las siguientes opciones adaptadas al nivel de desarrollo según sea necesario: -Terapia cognitiva conductual digital (TCC) -TCC grupal -terapia de apoyo no directiva grupal (NDST)	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for health and Care Excellence
NICE, 2019 GPC Estados Unidos	Depression in children and young people: identification and management	Depresión	Si la psicoterapia interpersonal grupal no logra satisfacer las necesidades clínicas del niño o no son adecuadas para sus circunstancias, considere lo siguiente adaptado al nivel de desarrollo según sea necesario: -Terapia familiar basada en el apego - TCC individual.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for health and Care Excellence
NICE, 2019 GPC Estados Unidos	Depression in children and young people: identification and management	Depresión	Los niños y jóvenes que presentan depresión moderada a severa deben ser revisados por un equipo de	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y*	National Institute for health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			servicios de salud mental de niños y adolescentes.	*controles o de cohortescon un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	
NICE, 2019 GPC Estados Unidos	Depression in children and young people: identification and management	Depresión	Los profesionales de la salud en la atención primaria, las escuelas y otros entornos comunitarios relevantes deben estar capacitados para detectar síntomas de depresión y evaluar a los niños y jóvenes que pueden estar en riesgo de depresión.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for health and Care Excellence
NICE, 2019 GPC Estados Unidos	Depression in children and young people: identification and management	Depresión	Evaluar los factores de riesgo psicosocial recientes y pasados, como edad, género, discordia familiar, intimidación, abuso físico, sexual o emocional, comorbilidades, incluido el uso de drogas y alcohol, y antecedentes de depresión de los padres; la historia natural de los eventos de pérdida única; la importancia de múltiples factores de riesgo; factores étnicos y culturales; y factores que se sabe que están	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			asociados con un alto riesgo de depresión y otros problemas de salud, como la falta de vivienda, la condición de refugiado y vivir en entornos institucionales.		
NICE, 2019 GPC Estados Unidos	Depression in children and young people: identification and management	Depresión	Los profesionales de la salud en la atención primaria, las escuelas y otros entornos comunitarios relevantes deben recibir capacitación en habilidades de comunicación tales como "escucha activa" y "técnicas conversacionales", para que puedan manejar con confianza la tristeza y la angustia agudas ("disforia situacional") que pueden encontrarse en niños y jóvenes después de eventos indeseables recientes.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for health and Care Excellence
NICE, 2019 GPC Estados Unidos	Depression in children and young people: identification and management	Depresión	Los profesionales de la salud en entornos de atención primaria deben estar familiarizados con la detección de trastornos del estado de ánimo. Deben tener acceso regular a la supervisión y consulta de especialistas.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Zuckerbrot, 2018 GPC USA (101)	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	Los médicos deben educar y aconsejar a las familias y los pacientes sobre la depresión y las opciones para el manejo del trastorno. Los médicos también deben discutir los límites de la confidencialidad con el adolescente y la familia.	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 5. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Basada en consenso de expertos*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.
Zuckerbrot, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	Después de la capacitación adecuada, los médicos de atención primaria deben desarrollar un plan de tratamiento con los pacientes y las familias y establecer objetivos de tratamiento específicos en áreas clave de funcionamiento, incluidos los entornos domésticos, de pares y escolares.	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 5. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Basada en consenso de expertos*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.
Zuckerbrot, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identifi cation, Assessment, and Initial Management	Trastorno depresivo mayor	Toda gestión debe incluir el establecimiento de un plan de seguridad, que incluye la restricción de medios letales, la participación de un tercero interesado y el desarrollo de un mecanismo de comunicación de emergencia en caso de que el paciente se deteriore, se vuelva activamente suicida o peligroso para los demás, o experimente una crisis aguda asociada con trastornos psicosociales, factores estresantes, especialmente durante el período de tratamiento inicial, cuando las preocupaciones de seguridad son	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 3. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Se basa en diferentes estudios que incluyen un ensayo que busca evaluar la viabilidad y seguridad del programa SAFETY que desarrolla una terapia familiar para 35 jóvenes que habían intentado suicidarse y otro estudio de casos y controles (67 adolescentes en cada grupo) para evaluar la asociación*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			más altas. El establecimiento y desarrollo de un plan de seguridad dentro del entorno del hogar es otro paso importante de gestión.	*entre las armas de fuego en el hogar y el suicidio*	
Cheung, 2018 GPC USA (114)	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	Depresión	Los médicos de atención primaria deben realizar gestiones administrativas para organizar sus entornos clínicos para reflejar las mejores prácticas en modelos de atención integrados y/o colaborativos (por ejemplo, facilitar el contacto con psiquiatras, administradores de casos, terapeutas integrados).	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 4. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Se basa en dos estudios clínicos con fallas metodológicas, que buscaron implementar programas de atención multifacéticos para mejorar los desenlaces en salud de pacientes deprimidos.*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	Depresión	Después del diagnóstico inicial, en casos de depresión leve, los médicos deben considerar un período de apoyo activo y monitoreo antes de comenzar el tratamiento basado en la evidencia	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 3. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** Basada en una revisión sistemática desarrollada para elaborar una guía de práctica para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con depresión.	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II.	Depresión	Si un médico de atención primaria identifica a un adolescente con depresión moderada o grave o factores y/o condiciones de riesgo coexistentes como el abuso de sustancias o la psicosis, se debe considerar la consulta con un especialista en salud	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 5. Fuerza de la recomendación: muy fuerte** *Basada en consenso de expertos*	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Treatment and Ongoing Management		mental. Se deben comunicar y acordar las funciones y responsabilidades adecuadas para la cogestión continua por parte del médico de atención primaria y los médicos de salud mental. El paciente y la familia deben ser miembros activos del equipo y aprobar las funciones de la atención primaria y los médicos de salud mental		and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	Depresión	Los médicos de atención primaria deben recomendar tratamientos científicamente probados y aprobados (es decir, psicoterapias, como TCC o TIP, y/o tratamiento antidepresivo, como ISRS) siempre que sea posible y apropiado para lograr los objetivos del plan de tratamiento	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 1. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	Depresión	Los médicos de atención primaria deben monitorear la aparición de eventos adversos durante el tratamiento antidepresivo (ISRS)	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 3. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II.	Depresión	Se debe realizar un seguimiento sistemático y regular de los objetivos y resultados del tratamiento, incluida la evaluación de los síntomas depresivos y el funcionamiento en varios dominios clave. Estos incluyen entornos en el hogar, la escuela y los compañeros	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 4. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Treatment and Ongoing Management				and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	Depresión	El diagnóstico y el tratamiento inicial deben reevaluarse si no se observa mejoría después de 6 a 8 semanas de tratamiento. Se debe considerar la consulta de salud mental.	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 4. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	Depresión	Para los pacientes que logran solo una mejora parcial después de que se hayan agotado los enfoques diagnósticos y terapéuticos de PC (incluida la exploración de la mala adherencia, los trastornos comórbidas y los conflictos o abusos en curso), se debe considerar una consulta de salud mental	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 4. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	Depresión	Los médicos de atención primaria deben apoyar activamente a los adolescentes deprimidos remitidos a los servicios de salud mental para garantizar un manejo adecuado	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 5. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression	Depresión	Los médicos de atención primaria también pueden considerar compartir atención con agencias de salud mental y/o profesionales cuando sea posible	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 1. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management				Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Cheung, 2018 GPC USA	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management	Depresión	Las funciones y responsabilidades apropiadas con respecto a la prestación y cogestión de la atención deben ser comunicadas y acordadas por el médico de la CP y el (los) clínico o clínicos de salud mental	**Clasificación Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford: Nivel 4. Fuerza de la recomendación: muy fuerte**	The Resource for Advancing Children's Health Institute and the Bell Canada Chair in Adolescent Mood and Anxiety Disorders..
Warnick, 2021 GPC USA (115)	Unipolar depression	Depresión leve a moderada	En adolescentes (12 años o más) ofrecer psicoterapia basada en la evidencia como tratamiento de primera línea. La terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) tienen la mayor evidencia en adolescentes	**IA** *Basado en un meta-análisis considerado con bajo riesgo de sesgo*	University of Michigan Health System
Warnick, 2021 GPC USA	Unipolar depression	Depresión leve a moderada	En adolescentes (12 años o más) considerar recomendar ejercicio	**IA** *Basado en un meta-análisis de 40 estudios trasversales y longitudinales con una muestra total de 89.894 participantes y en un ensayo clínico controlado en 87 adolescentes en el que se comparó tratamiento habitual y tratamiento habitual más 12 sesiones de ejercicio aeróbico*	University of Michigan Health System

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Warnick, 2021 GPC USA	Unipolar depression	Depresión moderada o grave, o si la psicoterapia no es opción para la depresión leve a moderada	Ofrecer farmacoterapia como tratamiento de primera línea. La fluoxetina tiene el nivel más alto de evidencia en adolescentes, seguida de escitalopram, sertralina y citalopram.	**IIA** *Basado en una revisión sistemática que incluyó 7 ensayos clínicos y buscaba evaluar la seguridad de algunos antidepresivos con respecto a las conductas suicidas.*	University of Michigan Health System
Warnick, 2021 GPC USA	Unipolar depression	Depresión moderada o grave, o si la psicoterapia no es opción para la depresión leve a moderada	Cuando trate a adolescentes con medicamentos, monitoree semanalmente durante las primeras 4 semanas, luego cada 2 semanas durante un mes y luego en 12 semanas. Considere una duración del tratamiento de 6-12 meses para un primer episodio y más de 12 meses para pacientes con episodios recurrentes. Si un adolescente no responde a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) (el PHQ-9 disminuye en menos del 25%) después de 4 semanas, considere otro ISRS. Si hay una respuesta parcial al ISRS, o si el adolescente es resistente al tratamiento, considere agregar psicoterapia.	**IIB** *Basado en 2 ensayos clínicos controlados en 334 adolescentes que no habían respondido a tratamiento con ISRS y buscaba comparar un cambio de ISRS o venlafaxina con o sin TCC y hacer un seguimiento semanal de conductas autolesivas. El otro se realizó con la misma población, pero evaluó días libres de depresión, días de mejora de la depresión y costos de la intervención.*	University of Michigan Health System
NICE, 2018 GPC Reino Unido (103)	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	El tamizaje universal del TDAH no debe realizarse en las escuelas infantiles, primarias y secundarias.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	Los médicos de atención primaria no deben realizar el diagnóstico inicial ni iniciar la medicación en niños o jóvenes con sospecha de TDAH.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	Los profesionales de la salud deben enfatizar el valor de una dieta balanceada, una buena nutrición y ejercicio regular para niños, jóvenes y adultos con TDAH.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	No se recomienda la eliminación de colorantes y aditivos artificiales de la dieta como tratamiento de aplicación general para niños y jóvenes con TDAH.	**Sistema SIGN: 2+** *Se emplearon revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que el la relación fuese causal. También se incluyeron metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	No aconseje ni ofrezca suplementos dietéticos de ácidos grasos para el tratamiento del TDAH en niños y jóvenes.	**Sistema SIGN: 2-** *Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y un moderado*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	Aconsejar a los familiares o cuidadores de niños con TDAH que no hay evidencia sobre la efectividad a largo plazo o los daños potenciales de una dieta de "pocos alimentos" para niños con TDAH, y solo evidencia limitada de beneficios a corto plazo.	**Sistema SIGN: 2-** *Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y un moderado*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	Solicitar interconsulta por cardiología antes de comenzar la medicación para el TDAH si se aplica alguno de los siguientes: -Antecedentes de cardiopatía congénita o cirugía cardiaca previa	**Sistema SIGN: 2-** *Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y un moderado*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			-Antecedentes de muerte súbita en un familiar de primer grado menor de 40 años que sugiera una enfermedad cardiaca -Dificultad para respirar con el esfuerzo en comparación con sus compañeros -Desmayos con el esfuerzo o en respuesta a un susto o un ruido -Palpitaciones que son rápidas, regulares y comienzan y terminan repentinamente (golpes ocasionales fugaces generalmente son ectópicos y no necesitan investigación) -Dolor en el pecho que sugiere un origen cardíaco -Signos de insuficiencia cardíaca -Un soplo que se escucha en el examen cardíaco		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	Realizar una revisión de las circunstancias sociales y de salud mental, que incluye: -Presencia de condiciones coexistentes de salud mental y desarrollo neurológico:: -Circunstancias educativas o laborales actuales -Evaluación de riesgos por uso indebido de sustancias y desvío de drogas	**Sistema SIGN: 2-** *Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y un moderado*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	Ofrezcer las mismas opciones de medicamentos a las personas con TDAH y trastorno de ansiedad, trastorno de tics o trastorno del espectro autista que a otras personas con TDAH.	**Sistema SIGN: 3** *Se empleó evidencia científica que incluyó estudios calificados como Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un riesgo bajo de sesgo y una probabilidad de que la relación sea causal. Fueron directamente aplicable a la población objetivo de la guía y demostrando la consistencia general de los resultados.*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management	TDAH	Para niños a partir de 5 años, jóvenes y adultos con TDAH que experimenten un episodio maníaco o psicótico agudo se debe: -Suspender suspenda cualquier medicación para el TDAH -Considerar reiniciar o comenzar una nueva medicación para el TDAH después de que se haya resuelto el episodio -Teniendo en cuenta las circunstancias individuales, los riesgos y beneficios de la medicación para el TDAH	**Sistema SIGN: 3** *Se empleó evidencia científica que incluyó estudios calificados como Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un riesgo bajo de sesgo y una probabilidad de que la relación sea causal. Fueron directamente aplicable a la población objetivo de la guía y demostrando la consistencia general de los resultados.*	National Institute for Health and Care Excellence
Álvarez, 2020 GPC USA (11)	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Se recomienda la capacitación de los médicos de atención primaria en la evaluación y tratamiento de la ideación y conducta suicidas, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones.	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya: • Características del intento • Intentos autolesivos previos • Factores sociodemográficos • Trastornos mentales asociados Antecedentes familiares.	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si: • Hay presencia de trastorno mental grave • Conducta autolesiva grave reciente • Plan de suicidio elaborado	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista • Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.		
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario, si: • Hay necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria • Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente). En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si: • Hay alta letalidad del plan, independientemente de su resultado • Presencia de enfermedad mental grave	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Conducta autolesiva grave reciente • Intentos de suicidio previos • Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.		
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En adolescentes se recomienda el tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor).	**Clasificación SIGN: B** Se basa en revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles, de alta calidad con bajo riesgo de sesgo y alta probabilidad de establecer relación causal	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivo-conductual)	**Clasificación SIGN: A** *Se basó en un ensayo clínico controlado en una muestra de 439 pacientes con edades entre 12 a 17 años con diagnóstico de depresión mayorque comparó cuatro grupos de tratamiento: placebo, combinación de fluoxetina y TCC, fluoxetina sola y TCC sola.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
NICE, 2017 GPC Reino Unido (104)	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Proporcionar atención médica aguda (incluida la admisión de emergencia) para personas con un trastorno alimentario que tienen un desequilibrio electrolítico grave, desnutrición grave, deshidratación grave o signos de insuficiencia orgánica incipiente.	*En ausencia de evidencia relevante publicada, no se realizó evaluación de calidad. Las recomendaciones son basadas en el conocimiento y experiencia de los miembros del comité.*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Para las personas con un trastorno alimentario que necesitan suplementos para restablecer el equilibrio de electrolitos, ofrézcalos por vía oral a menos que la persona tenga problemas con la absorción gastrointestinal o que la alteración de los electrolitos sea grave.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Para las personas con un trastorno alimentario y un desequilibrio electrolítico continuo e inexplicable, evalúe si podría ser causado por otra afección.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Anime a las personas con un trastorno alimentario que están vomitando a: • someterse a revisiones dentales y médicas periódicas • evitar cepillarse los dientes inmediatamente después de vomitar • Usar enjuague bucal no ácido después de vomitar • evitar alimentos y bebidas muy ácidos.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Aconseje a las personas con un trastorno alimentario que están abusando de laxantes o diuréticos: • que los laxantes y diuréticos no reducen la absorción de calorías y por lo tanto no ayudan a perder peso. • reducir gradualmente y suspender el uso de laxantes o diuréticos.		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Desordenes alimentarios	Aconseje a las personas con un trastorno alimentario que están haciendo ejercicio excesivamente para dejar de hacerlo.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia	Los médicos de atención primaria deben ofrecer una revisión de salud física y mental al menos una vez al año a las personas con anorexia nerviosa que no estén recibiendo tratamiento continuo para su trastorno alimentario. La revisión debe incluir: • peso o IMC (ajustado por edad si corresponde) • presión arterial • análisis de sangre pertinentes • cualquier problema con el funcionamiento diario • evaluación del riesgo (relacionado con la salud física y mental) • un ECG, para personas con conductas de purga y/o cambios significativos de peso • una discusión de las opciones de tratamiento.	*En ausencia de evidencia relevante publicada, no se realizó evaluación de calidad. Las recomendaciones son basadas en el conocimiento y experiencia de los miembros del comité.*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia	Vigilar el crecimiento y desarrollo en niños y jóvenes con anorexia nerviosa que no han llegado a la pubertad (por ejemplo, no han llegado a la menarquia o talla final).		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia	Brindar apoyo y atención a todas las personas con anorexia nerviosa en contacto con los servicios	**Clasificación GRADE: Baja a muy baja**	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			especializados, estén o no sometidas a una intervención específica. El apoyo debe • incluir psicoeducación sobre el trastorno • incluir el control del peso, salud mental y física y cualquier factor de riesgo • ser multidisciplinario y coordinado entre los servicios • involucrar a los familiares o cuidadores de la persona (según corresponda).	*La calidad de la evidencia se disminuyó por evidencia indirecta, imprecisión y riesgo de sesgo por razones como la falta de claridad sobre cómo se realizó la asignación al azar o si se realizó el ocultamiento de la asignación, si uno o todos los participantes, investigadores o evaluadores estaban cegados y se detectaron muchos abandonos >20%. Para tener en cuenta las altas tasas de abandonos, se utilizó el análisis por intención de tratar para los resultados de la remisión, con el supuesto de que los abandonos no se recuperaron del trastorno alimentario.*	
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia	Al tratar la anorexia nerviosa, tenga en cuenta que: • ayudar a las personas a alcanzar un peso corporal o un IMC saludables para su edad es un objetivo clave • el aumento de peso es clave para apoyar otros cambios psicológicos, físicos y de calidad de vida que son necesarios para mejorar o recuperarse.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia	Al pesar a personas con anorexia nerviosa, considere compartir los resultados con ellos y (si corresponde) con sus familiares o cuidadores.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia	Para personas con anorexia que no están recibiendo tratamiento (por ejemplo porque no les ha ayudado o porque lo han rechazado) y que no tienen problemas graves o complejos: • darlos de alta a atención primaria		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• Dígales que pueden pedirle a su médico de cabecera que los derive nuevamente para tratamiento en cualquier momento.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Considere la terapia familiar centrada en la anorexia nerviosa para niños y jóvenes, administrada como terapia unifamiliar o una combinación de terapia unifamiliar y multifamiliar. Dar a los niños y jóvenes la opción de tener algunas sesiones unifamiliares: • separados de sus familiares o cuidadores • junto con sus familiares o cuidadores.	**Clasificación GRADE: Baja** *La calidad de la evidencia disminuyó debido a la imprecisión y el riesgo de sesgo por razones tales como que no estaba claro cómo se asignó al azar o si se realizó el ocultamiento de la asignación, si alguno o todos los participantes, investigadores o evaluadores estaban cegados y se detectaron abandonos elevados >20%. Para tener en cuenta las altas tasas de abandonos, se utilizó el análisis por intención de tratar para los resultados de la remisión, con el supuesto de que los abandonos no se recuperaron del trastorno alimentario. El comité señaló evidencia indirecta en el estudio de Le Grange 2016 que se agregó recientemente a la revisión de terapia familiar conjunta versus separada. Se señaló que 23,6% de los participantes de la terapia conjunta fueron hospitalizados durante el tratamiento y 11,8% de la terapia familiar separada. Además, el 57 % de*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	La terapia familiar para niños y jóvenes con anorexia nerviosa debe: • Incluir 18 a 20 sesiones durante 1 año • revisar las necesidades de la persona 4 semanas después de que comience el tratamiento y luego cada 3 meses, para establecer cómo deben ser las sesiones regulares y cuánto tiempo debe durar el tratamiento • enfatizar el papel de la familia para ayudar a la persona a recuperarse		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• no culpar a la persona o a sus familiares o cuidadores • incluir psicoeducación sobre nutrición y los efectos de la malnutrición • al principio del tratamiento, apoye a los padres o cuidadores para que tomen un papel central en ayudar a la persona a controlar su alimentación, y haga hincapié en que este es un papel temporal • en la primera fase, pretende establecer una buena alianza terapéutica con la persona, sus padres o cuidadores y otros miembros de la familia • en la segunda fase, apoyar a la persona (con la ayuda de sus padres o cuidadores) para establecer un nivel de independencia adecuado para su nivel de desarrollo • en la fase final: ○ centrarse en los planes para cuando termine el tratamiento (incluidas las preocupaciones que tengan la persona y su familia) y en la prevención de recaídas ○ abordar cómo la persona puede obtener apoyo si	*los participantes continuaron recibiendo tratamiento durante los seis meses de seguimiento. Además, el 9% de la terapia familiar conjunta y el 19,6% de la terapia familiar separada fueron hospitalizados durante el período de seguimiento. El estudio también incluyó a personas que tenían hasta el 95 % del peso esperado en el ensayo.* *La mayoría de las comparaciones no respaldaron un metanálisis ya que solo se disponía de un estudio. Los números del estudio también fueron relativamente bajos. No obstante, el comité estuvo de acuerdo en que la terapia familiar proporcionó la evidencia más sólida sobre los jóvenes con anorexia nerviosa.* *En varios estudios (Eisler 2000, Herscovici 2015, Lock 2010, Robin 1999 y Russell 1989), se combinaron los resultados de remisión parcial y total, ya que la definición de remisión varió entre los estudios y la definición de remisión parcial en estos estudios se comparó estrechamente con la definición de remisión completa en otros estudios.*	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			se interrumpe el tratamiento.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Considere el apoyo a los miembros de la familia que no están involucrados en la terapia familiar, para ayudarlos a lidiar con la angustia causada por la afección.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Considere la posibilidad de otorgar a los niños y jóvenes con anorexia nerviosa citas adicionales separadas de sus familiares o cuidadores.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Evaluar si los miembros de la familia o los cuidadores (según corresponda) necesitan apoyo si el niño o adolescente con anorexia nerviosa está recibiendo terapia por su cuenta.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Si la terapia familiar es inaceptable, contraindicada o ineficaz para niños o jóvenes con anorexia nerviosa, considere la TCC individual o la psicoterapia centrada en adolescentes para la anorexia nerviosa		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	La TCC individual para niños y jóvenes con anorexia nerviosa debe: • Incluir hasta 40 sesiones durante 40 semanas, con: ◊ sesiones dos veces por semana en las primeras 2 o 3 semanas		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			◊ 8 a 12 breves sesiones familiares adicionales con la persona y sus padres o cuidadores (según corresponda) • en sesiones familiares y en sesiones individuales, incluir psicoeducación sobre nutrición y los efectos de la malnutrición • en sesiones familiares: ◊ identificar cualquier cosa en la vida familiar de la persona que pueda dificultarle cambiar su comportamiento, y encontrar formas de abordar esto ◊ discutir los planes de comidas • tienen como objetivo reducir el riesgo para la salud física y cualquier otro síntoma del trastorno alimentario • fomentar alcanzar un peso corporal saludable y una alimentación saludable • cubrir nutrición, prevención de recaídas, reestructuración cognitiva, regulación del estado de ánimo, habilidades sociales, preocupación por la imagen corporal y autoestima		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• crear un plan de tratamiento personalizado basado en los procesos que parecen estar manteniendo el problema alimentario • tener en cuenta las necesidades específicas de desarrollo de la persona • explicar los riesgos de desnutrición y bajo peso • mejorar la autoeficacia • incluyen el autocontrol de la ingesta dietética y los pensamientos y sentimientos asociados • incluir la tarea, para ayudar a la persona a practicar lo que ha aprendido en su vida diaria • abordar cómo la persona puede obtener apoyo si se interrumpe el tratamiento.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	La psicoterapia para anorexia nerviosa centrada en el adolescente, para niños y jóvenes debería: • normalmente consistir en 32 a 40 sesiones individuales durante 12 a 18 meses, con: ○ sesiones más regulares desde el principio, para ayudar a la persona a construir una relación con el practicante y		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			motivarla a cambiar su comportamiento ○ De 8 a 12 sesiones familiares adicionales con la persona y sus padres o cuidadores (según corresponda) • revisar las necesidades de la persona 4 semanas después de que comience el tratamiento y luego cada 3 meses, para establecer cómo deben ser las sesiones regulares y cuánto tiempo debe durar el tratamiento • en sesiones familiares y en sesiones individuales, incluir psicoeducación sobre nutrición y los efectos de la malnutrición • centrarse en la autoimagen, las emociones y los procesos interpersonales de la persona, y cómo estos afectan a su trastorno alimentario • desarrollar una formulación de los problemas psicológicos de la persona y cómo utiliza el comportamiento anoréxico como estrategia de afrontamiento • abordar los temores sobre el aumento de peso y enfatizar que el aumento de peso y la		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• alimentación saludable son una parte crítica de la terapia • encontrar estrategias alternativas para que la persona maneje el estrés • en etapas posteriores del tratamiento, explorar cuestiones de identidad y construir independencia • hacia el final del tratamiento, centrarse en transferir la experiencia terapéutica a situaciones de la vida cotidiana • en sesiones familiares, ayudar a los padres o cuidadores a apoyar a la persona para cambiar su comportamiento • abordar cómo la persona puede obtener apoyo si se interrumpe el tratamiento.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	No ofrezca medicamentos como único tratamiento para la anorexia nerviosa.	**Clasificación GRADE: Baja a muy baja** *La calidad de la evidencia disminuyó debido a la imprecisión y el riesgo de sesgo por razones tales como que no estaba claro cómo se asignó al azar o si se realizó el ocultamiento de la asignación, si alguno o todos los participantes, investigadores o evaluadores estaban cegados y se*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				detectaron abandonos elevados >20%. Para tener en cuenta las altas tasas de abandonos, se utilizó el análisis por intención de tratar para los resultados de la remisión, con el supuesto de que los abandonos no se recuperaron del trastorno alimentario.	
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Solo ofrezca asesoramiento dietético como parte de un enfoque multidisciplinario.	**Clasificación GRADE: Baja a muy baja** *En los estudios de asesoramiento nutricional y administración de suplementos de zinc, no estuvo claro cómo se realizó la asignación al azar y si se realizó el ocultamiento de la asignación. No estuvo claro si los participantes o los investigadores estaban cegados. En un estudio nutricional durante el seguimiento, los asesores estaban cegados; sin embargo, se informaron abandonos elevados >20 %. También se detectó imprecisión principalmente porque el intervalo de confianza del 95 % cruzó la diferencia mínima significativa o la evidencia no cumplió con el tamaño de información óptimo (300 eventos o 400 participantes)*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Anime a las personas con anorexia nerviosa a tomar una suplemento multivitamínico y multimineral oral apropiado hasta que su dieta incluya lo suficiente para alcanzar sus valores dietéticos de referencia.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Incluya a miembros de la familia o cuidadores (según corresponda) en cualquier educación dietética o planificación de comidas para niños y jóvenes con anorexia nerviosa que estén recibiendo terapia por su cuenta.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	Ofrecer asesoramiento dietético complementario a los niños y jóvenes con anorexia nerviosa y a sus familiares o cuidadores (según corresponda) para ayudarlos a satisfacer sus necesidades dietéticas para el crecimiento y el desarrollo (particularmente durante la pubertad)		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Anorexia nerviosa	No ofrezca terapia física (como estimulación magnética transcraneal, acupuntura, entrenamiento con pesas, yoga o terapia de calentamiento) como parte del tratamiento de los trastornos alimentarios.	**Clasificación GRADE: muy baja** *La calidad de la evidencia disminuyó por imprecisión y riesgo de sesgo por razones tales como que no estaba claro cómo se asignó al azar o si se realizó el ocultamiento de la asignación, si alguno o todos los participantes, investigadores o evaluadores estaban cegados. También se detectaron altas tasas de abandono, con más del 20% de abandono en cada brazo.* *La mayoría de los resultados fueron el resultado de un solo estudio con un número muy bajo de participantes.* *Pocos estudios midieron la remisión o las conductas compensatorias relevantes para ese trastorno alimentario. Algunos resultados se excluyeron del estudio porque no estaba claro durante qué duración midieron los síntomas o fue menos del mínimo de dos semanas requerido por el comité.*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno alimentario	Busque el consejo de un especialista en pediatría o endocrinología para el desarrollo físico retrasado o el crecimiento inestable en niños y jóvenes con un trastorno alimentario.	**Clasificación GRADE: baja a muy baja** Sólo se identificó un estudio que se consideró relevante, pero se informaron resultados relacionados con el crecimiento, como el desarrollo	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				sexual o la estatura. El estudio examinó si la hormona del crecimiento en comparación con el placebo podía cambiar significativamente los niveles de IGF-I y el peso corporal en una población que tenía niveles bajos de IGF-I. Los resultados se calificaron de bajo a muy bajo porque no estaba claro cuál era el método de asignación al azar y si se realizó el ocultamiento de la asignación. Tampoco estuvo claro si los participantes, los investigadores y los evaluadores estaban cegados a la asignación de grupos. En ausencia de evidencia sobre cómo manejar o reducir el retraso en el desarrollo o el retraso en el crecimiento, el comité acordó por consenso informal que lo mejor era buscar el consejo de un pediatra o endocrinólogo especialista si se identificaba en niños y niños pequeños con un trastorno alimentario.	
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno alimentario	Los especialistas en trastornos alimentarios y otros equipos de atención médica deben colaborar para respaldar el tratamiento eficaz de las comorbilidades de salud física o mental en personas con trastornos alimentarios.	*No se identificó evidencia para las intervenciones en pacientes con anorexia nerviosa y una comorbilidad de salud física o mental. Las recomendaciones surgieron de un consenso informal de expertos.*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno alimentario	Al colaborar, los equipos deben usar medidas de resultado tanto para el trastorno alimentario como para las comorbilidades de salud física y mental, para monitorear la efectividad de los tratamientos para cada condición y el impacto potencial que tienen entre sí.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno alimentario	Al decidir en qué orden tratar un trastorno alimentario y una condición de salud mental comórbida (en paralelo, como parte del mismo plan de tratamiento o uno después del otro), tenga en cuenta lo siguiente: • la gravedad y complejidad del trastorno alimentario y la comorbilidad • el nivel de funcionamiento de la persona • las preferencias de la persona con el trastorno alimentario y (en su caso) los de su familia o cuidadores.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Bulimia nerviosa	Ofrecer terapia familiar centrada en la bulimia nerviosa a niños y jóvenes con bulimia nerviosa.	**Clasificación GRADE: baja a muy baja** *La calidad de la evidencia disminuyó por imprecisión y riesgo de sesgo por razones tales como que no estaba claro cómo se asignó al azar o si se realizó el ocultamiento de la asignación, si alguno o todos los*	
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Bulimia nerviosa	La terapia familiar para niños y jóvenes con bulimia nerviosa debe: • normalmente consistir en 18 a 20 sesiones durante 6 meses • establecer una buena relación terapéutica con la persona y sus familiares o cuidadores		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• apoyar y animar a la familia a ayudar a la persona a recuperarse • no culpar a la persona, a sus familiares o a los cuidadores • incluir información sobre: ○ regulación del peso corporal ○ dieta ○ los efectos adversos de intentar controlar el peso con vómitos autoinducidos, laxantes u otros comportamientos compensatorios • utilizar un enfoque colaborativo entre los padres y el joven para establecer patrones alimenticios regulares y minimizar los comportamientos compensatorios • incluir reuniones regulares con la persona por su cuenta durante todo el tratamiento • incluir autocontrol de comportamientos bulímicos y discusiones con familiares o cuidadores • en fases posteriores del tratamiento, apoyar a la persona y a sus familiares o cuidadores para establecer un nivel de independencia adecuado para su nivel de desarrollo	*participantes, investigadores o evaluadores estaban cegados.* *La imprecisión a menudo se detectó porque el intervalo de confianza del 95% cruzó la minima diferencia significativa o el resultado no cumplió con el tamaño de información óptimo de 300 eventos o 400 participantes. Un estudio (Schmidt 2007) se rebajó por evidencia indirecta porque incluyó más del 28% de participantes con trastornos alimentarios no específicos.*	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• en la fase final del tratamiento, centrarse en los planes para cuándo termina el tratamiento (incluidas las preocupaciones que tengan la persona y su familia) y en la prevención de recaídas.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Bulimia nerviosa	Considere el apoyo a los miembros de la familia que no están involucrados en la terapia familiar, para ayudarlos a lidiar con la angustia causada por la afección.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Bulimia nerviosa	Si terapia familiar es inaceptable, contraindicada o ineficaz, considere la terapia cognitiva conductual (TCC) individual centrada en el trastorno alimentario, para niños y jóvenes con bulimia nerviosa.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Bulimia nerviosa	La TCC para niños y jóvenes con bulimia nerviosa debe: • normalmente consistir en 18 sesiones durante 6 meses, con sesiones más frecuentes al principio del tratamiento • incluir hasta 4 sesiones adicionales con padres o cuidadores • inicialmente se centra en el papel que desempeña la bulimia nerviosa en la vida de la persona y en construir motivación para cambiar		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• proporcionar psicoeducación sobre los trastornos alimenticios y cómo se mantienen los síntomas, al tiempo que alienta a la persona a establecer gradualmente hábitos alimenticios regulares • desarrollar una formulación de casos con la persona • enseñar a la persona a controlar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos • establecer metas y alentar a la persona a abordar pensamientos, creencias y comportamientos problemáticos con la resolución de problemas • utilizar estrategias de prevención de recaídas para prepararse y mitigar posibles reveses futuros • en sesiones con padres y cuidadores, proporcionar educación sobre trastornos alimenticios, identificar los factores familiares que impiden que la persona cambie su comportamiento y discutir cómo la familia puede apoyar la recuperación de la persona.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Bulimia nerviosa	No ofrezca medicamentos como único tratamiento para la bulimia nerviosa.	**Clasificación GRADE: muy baja** *La calidad de la evidencia disminuyó por imprecisión y riesgo de sesgo por*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				motivos que incluyen la falta de detalles sobre la asignación al azar, la ocultación de la asignación y el cegamiento, así como una alta proporción (>20%) de abandonos en los estudios. *Todos los resultados se degradaron por el riesgo de sesgo de publicación ya que los estudios fueron patrocinados por compañías farmacéuticas y en la década de 1980 a principios de la década de 2000 existe el riesgo de que se publiquen la mayoría de los hallazgos positivos (Lexchin et al., 2003).* *A menudo se detectaba imprecisión porque el intervalo de confianza del 95 % cruzaba la minima diferencia significativa o el resultado no alcanzaba el tamaño de información óptimo.* *La remisión no se informó con frecuencia en los estudios que compararon un medicamento con placebo o que compararon directamente un medicamento con otro.*	
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno por atracones	Explicar a las personas con trastorno por atracones que los tratamientos psicológicos dirigidos a tratar los atracones tienen un efecto limitado en el peso corporal y que la pérdida de	**Clasificación GRADE: baja** *La evidencia de las psicoterapias para el trastorno por atracón en niños y jóvenes fue en su mayoría de baja*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			peso no es un objetivo terapéutico en sí mismo.	*calidad. La calidad de la evidencia disminuyó por riesgo de sesgo por razones que incluyen la falta de detalles con respecto al método de asignación al azar, la ocultación de la asignación y si los participantes, los investigadores o los evaluadores estaban cegados. También se detectaron altas tasas de abandono, con más del 20% de abandono en varios de los estudios. En las comparaciones, solo se identificó un estudio y se incluyó un pequeño número de participantes (n= 26 a 93). No se informaron datos sobre la remisión en el estudio que examinó la autoayuda por Internet en comparación con los controles en lista de espera.*	
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno por atracones	Ofrecer un programa de autoayuda centrado en el trastorno por atracones a niños y jovenes con trastorno por atracones.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno por atracones	Los programas de autoayuda guiados centrados en el trastorno por atracones en los niños y adolescentes deberían: • usar materiales de autoayuda cognitivos conductuales • centrarse en la adhesión al programa de autoayuda • complementar el programa de autoayuda con breves sesiones de apoyo (por ejemplo, de 4 a 9 sesiones de 20 minutos cada una durante 16 semanas, que se ejecutan semanalmente al principio) • centrarse exclusivamente en ayudar a la persona a seguir el programa.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno por atracones	Si la autoayuda guiada es inaceptable, contraindicada o ineficaz después de 4 semanas, ofrezca terapia cognitiva conductual centrada en el trastorno alimentario en grupo.		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno por atracones	Los programas grupales de TCC para niños y jóvenes con trastorno por atracones deben: • normalmente consistir en 16 sesiones grupales semanales de 90 minutos durante 4 meses • centrarse en la psicoeducación, el autocontrol del comportamiento alimentario y ayudar a la persona a analizar sus problemas y objetivos • incluyen hacer un plan diario de ingesta de alimentos e identificar señales de atracones • incluyen entrenamiento de exposición corporal y ayudar a la persona a identificar y cambiar las creencias negativas sobre su cuerpo		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• ayudar a evitar recaídas y hacer frente a los riesgos y desencadenantes actuales y futuros.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno por atracones	Si la TCC en grupo no está disponible o la persona la rechaza, considere la TCC individual para niños y jovenes con trastorno por atracones.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno por atracones	La TCC individual para niños y jovenes con trastorno por atracones debe: • normalmente consistir en 16 a 20 sesiones • desarrollar una formulación de los problemas psicológicos de la persona, para determinar cómo los factores dietéticos y emocionales contribuyen a su atracones • basado en la formulación: ○ aconsejar a la gente que coma comidas y refrigerios regulares para evitar tener hambre ○ abordar los desencadenantes emocionales de su atracones, utilizando la reestructuración cognitiva, los experimentos		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			conductuales y la exposición • incluir el monitoreo semanal de los comportamientos de atracones, la ingesta dietética y el peso • compartir el registro de peso con la persona • abordar problemas de imagen corporal si están presentes • explicarle a la persona que, aunque la TCC no tiene como objetivo perder peso, dejar los atracones puede tener este efecto a largo plazo • aconsejar a la persona que no intente perder peso (por ejemplo, haciendo dieta) durante el tratamiento, porque es probable que esto desencadene atracones.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno por atracones	No ofrezca medicamentos como único tratamiento para el trastorno por atracones.	**Clasificación GRADE: muy baja** *La evidencia de las intervenciones farmacológicas para el trastorno por atracón fue en su mayoría de muy baja calidad. La evidencia tenia riesgo de sesgo por razones que incluyen la falta de detalles con respecto al método de asignación al azar, la ocultación de la asignación y si los participantes, los investigadores o los evaluadores estaban cegados.*	National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				Para muchas comparaciones sólo estaban disponibles uno o dos estudios con pocos participantes. A menudo se detectaba imprecisión porque el intervalo de confianza del 95 % cruzaba la diferencia mínima significativa o el resultado no alcanzaba el tamaño de datos óptimo.	
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastornos alimentarios no especificados	Para las personas con trastornos alimentarios no específicos, considere usar los tratamientos para el trastorno alimenticio al que más se parece.	**Clasificación GRADE: baja a muy baja** *La calificación fue a menudo disminuida por imprecisión porque el intervalo de confianza del 95% cruzó la mínima diferencia significativa o no cumplió con el tamaño de muestra óptimo. No hubo datos disponibles sobre niños o jóvenes con trastornos alimentarios no especificados*	National Institute for Health and Care Excellence
Mayer-Benarous, 2021 RSL Fancia (116)	Music Therapy for Children With Autistic Spectrum Disorder and/or Other Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review	Espectro autista y otros desordenes del neurodesarrollo	En la mayoría de estudios clínicos controlados se observó un efecto positivo de la musicoterapia educativa en pacientes con autismo, particularmente en términos de producción de habla (en primer lugar, se observó un efecto significativo en el aprendizaje de palabras objetivo basadas en habilidades de imitación. En segundo lugar, un estudio mostró que las sesiones educativas de musicoterapia se asociaron con mejoras en varios componentes del	**Clasificación GRADE: muy baja** *Se basó ensayos clínicos controlados y no controlados con dudas por riesgo de sesgo debido a fallas en aleatorización, ocultamiento de la asignación, cegamiento de pacientes e investigadores y pérdidas en el seguimiento. También se consideraron imprecisiones por pequeño tamaño de muestra.*	Centre d'Activités et de Recherche en Psychiatrie Infanto-Juvénile (CARPIJ) and by the Fond de Dotation Entreprendre pour Aider (EpA).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			lenguaje oral (fonología, semántica, prosodia y pragmática). En tercer lugar, se observó un efecto positivo para el grupo de musicoterapia en comparación con el grupo sin tratamiento, pero no para el grupo de control activo utilizando técnicas no musicales). Se observó efecto positivo de la musicoterapia improvisada en la mayoría de estudios controlados, particularmente en términos de funcionamiento social, en niños con autismo y discapacidad intelectual.		
Reichow, 2019 RSL USA (117)	Beginning reading interventions for children and adolescents with intellectual disability	Discapacidad intelectual	Las intervenciones de lectura inicial que incluyen elementos de conciencia fonológica, instrucción de sonido de letras y decodificación, proporcionadas a niños y adolescentes con discapacidad intelectual, están asociadas con mejoras pequeñas a moderadas en conciencia fonológica, lectura de palabras, decodificación , lenguaje expresivo y receptivo, y fluidez en la lectura oral.	**Clasificación GRADE: baja a muy baja** *Se basó en siete ensayos clínicos controlados con dudas por riesgo de sesgo debido a fallas en aleatorización, ocultamiento de la asignación y cegamiento de pacientes e investigadores. También se consideraron imprecisiones por pequeño tamaño de muestra.*	Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems (CDPLP)
NICE, 2018 GPC Reino Unido (118)	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Recomendación para las autoridades locales y los equipos clínicos**. Las autoridades locales y los grupos de comisionados clínicos deben designar conjuntamente un comisionado líder para supervisar el comisionado estratégico de los servicios de salud, atención social y	***Sistema NICE: Fuerte a favor*** *En ausencia de evidencia directa, el equipo de revisión incluyó estudios que podrían brindar información sobre cómo funciona o no funciona todo el sistema actualmente. Los estudios incluyeron estudios de opiniones y*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			educación específicamente para todos los niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje, incluidos aquellos que muestran o están en riesgo de desarrollar, comportamiento que desafía.	*experiencias de las barreras y facilitadores identificados por profesionales y personas que usan los servicios, evaluaciones de procesos sobre la implementación y análisis secundario de datos administrativos que proporcionan patrones de uso del servicio e identificar necesidades potenciales del servicio. La evidencia se basó en una combinación de diferentes diseños de estudio que informan sobre los mecanismos para el trabajo conjunto entre los servicios y entre las personas y sus familias.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Recomendación para las autoridades locales y los equipos clínicos**. Asegúrese de que el comisionado líder: • Planifica y supervisa los arreglos de puesta en marcha conjuntos • Tiene un profundo conocimiento y experiencia de trabajo con niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento desafiante, incluido el conocimiento de los servicios locales • Planea servicios que adopten un enfoque de "toda la vida" desde la primera infancia en adelante y permitan transiciones suaves.	***Sistema NICE: Fuerte a favor*** *En ausencia de evidencia directa, el equipo de revisión incluyó estudios que podrían brindar información sobre cómo funciona o no funciona todo el sistema actualmente. Los estudios incluyeron estudios de opiniones y experiencias de las barreras y facilitadores identificados por profesionales y personas que usan los servicios, evaluaciones de procesos sobre la implementación y análisis secundario de datos administrativos que proporcionan patrones de uso del servicio e identificar necesidades potenciales del servicio. La evidencia se basó en una combinación de*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				diferentes diseños de estudio que informan sobre los mecanismos para el trabajo conjunto entre los servicios y entre las personas y sus familias.	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Puesta en marcha y financiación conjunta.** El comisionado principal debe asegurarse de que los presupuestos y otros recursos se combinen para desarrollar servicios locales y regionales para niños, jóvenes y adultos con problemas de aprendizaje y comportamiento desafiante. Estos deben ser agrupados: • a través de la salud, la atención social y la educación y • con las autoridades vecinas.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 4 estudios de baja calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Puesta en marcha y financiación conjunta.** Considere encargar conjuntamente los servicios de apoyo conductual más especializados en todas las áreas para niños, jóvenes y adultos con necesidades particularmente complejas.	**Sistema NICE: Débil a favor** *La recomendación se basó en 4 estudios de tipo encuesta, 1 de moderada calidad metodológica y 3 de baja calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Puesta en marcha y financiación conjunta.** Asegúrese de que los mecanismos de financiación para los proveedores de servicios respalden respuestas comunitarias creativas y flexibles, por ejemplo, un fondo de contingencia al	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en testimonios de expertos.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			que los proveedores de servicios puedan recurrir rápidamente si hay una crisis.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Planificación y prestación de servicios de acuerdo con las necesidades locales.** Asegúrese de que la planificación y la prestación de servicios se basen en una evaluación de las necesidades de servicios actuales y futuras utilizando: • la prevalencia de discapacidades de aprendizaje en la población local en niños, jóvenes y adultos y la proporción que es probable que muestre un comportamiento que desafía • un análisis de las necesidades evaluadas en los planes de educación, salud y atención social, para proporcionar una visión temprana de las posibles necesidades de servicios y permitir la prevención y la intervención temprana • otras fuentes de información, como registros de personas en riesgo de ingreso y otros datos dinámicos de riesgo; registros de niños discapacitados; y registros de derivaciones de equipos de enlace y desviación, equipos de delincuentes juveniles y la policía.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en la declaración de evidencia que encontró que los servicios no siempre se planifican de acuerdo con las necesidades locales, en parte debido a la escasez de sistemas de registro precisos. El comité recomendó una serie de fuentes de información existentes que deben tenerse en cuenta en función de su experiencia profesional y personal.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Planificación y prestación de servicios de acuerdo con las necesidades locales.** Asegúrese de que los servicios se planifiquen y entreguen de manera que: • está coproducida con niños, jóvenes y adultos que utilizan los servicios y sus familias, cuidadores y defensores independientes • permite la planificación y provisión centradas en la persona • aborda las necesidades de diferentes grupos de edad, pero también adopta un enfoque de "toda la vida" para la planificación • incluye la planificación de una variedad de necesidades futuras de vivienda y apoyo al empleo • integra la salud, la asistencia social y otros servicios pertinentes.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en la declaración de evidencia que encontró que los servicios no siempre se planifican de acuerdo con las necesidades locales, en parte debido a la escasez de sistemas de registro precisos. El comité recomendó una serie de fuentes de información existentes que deben tenerse en cuenta en función de su experiencia profesional y personal.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Planificación y prestación de servicios de acuerdo con las necesidades locales.** Desarrolle planes locales y regionales que cuenten con una única vía de atención y punto de acceso para niños, jóvenes y adultos con problemas de aprendizaje y comportamiento desafiante y sus familias y cuidadores. Asegúrese de que esto se refleje en las estrategias de puesta en marcha de las	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó se basó en la declaración de evidencia que se relacionó con el trabajo en asociación y el aprovechamiento de la experiencia de diferentes equipos. La opinión del comité fue que las personas pueden experimentar barreras para acceder a los servicios si "caen entre los vacíos" en los criterios de entrada para*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			autoridades locales y en documentos clave como la Declaración de posición del mercado.	*diferentes servicios. La opinión del comité fue que tener una única vía de atención y un único punto de acceso a los servicios evitaría que esto sucediera.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Gestión de riesgos y aseguramiento de la calidad.** Asuma la responsabilidad conjunta con los proveedores de servicios y otras organizaciones para gestionar el riesgo al desarrollar y brindar atención y apoyo a niños, jóvenes y adultos con problemas de aprendizaje y comportamiento desafiante. Tratar de gestionar los riesgos y las dificultades sin recurrir a cambios de ubicación o imponer mayores restricciones a la persona.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en testimonio de expertos.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Gestión de riesgos y aseguramiento de la calidad.** Asegúrese de que los servicios cumplan con los resultados individuales y de nivel de servicio establecidos, y que los proveedores de servicios muestren evidencia de lograr estos resultados. Esta evidencia podría incluir: • calificaciones de satisfacción y calidad de vida de niños, jóvenes y adultos que han utilizado el servicio, y sus familiares, amigos y cuidadores	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 8 declaraciones de evidencia relacionadas con la efectividad y la costo – efectividad de los tipos de servicios, puntos de vista y experiencia de los servicios, capacidad de la comunidad, modelos de prestación de servicios y mecanismos de trabajo integrado. Como había evidencia relativamente débil en esta área, estas recomendaciones también se basaron*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• resultados medidos por herramientas personalizadas y validadas, como la herramienta de "medición de los procesos de atención" (MPOC) o el "cuestionario de retroalimentación del paciente" (PFQ) • una reducción en la duración y frecuencia del comportamiento que desafía • estabilidad de las ubicaciones • participación en la educación de niños y jóvenes • informes sobre el uso de intervenciones restrictivas, incluida la medicación • tiempo de contacto con profesionales especialistas • evidencia de revisiones de calidad y controles puntuales que involucren a expertos por experiencia • controles de calidad por parte de organizaciones dirigidas por usuarios.	*en testimonios de testigos expertos de buenas prácticas actuales y el conocimiento de los miembros del Comité de Directrices.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Gestión de riesgos y aseguramiento de la calidad.** Los servicios de hospitalización deben proporcionar la evidencia de la recomendación anterior, además de la evidencia de evaluaciones detalladas, resultados del tratamiento y tiempo hasta el alta.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 8 declaraciones de evidencia relacionadas con la efectividad y la costo – efectividad de los tipos de servicios, puntos de vista y experiencia de los servicios, capacidad de la comunidad, modelos de prestación de servicios y mecanismos de trabajo*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				integrado. Como había evidencia relativamente débil en esta área, estas recomendaciones también se basaron en testimonios de testigos expertos de buenas prácticas actuales y el conocimiento de los miembros del Comité de Directrices.	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Gestión de riesgos y aseguramiento de la calidad.** Los comisionados deben establecer un grupo de múltiples agencias, incluidos expertos por experiencia y proveedores de servicios, para monitorear la calidad de los servicios y los resultados logrados.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 5 estudios, 1 de calidad moderada y 4 de mala calidad. Esta evidencia se extrapoló a la consideración de la garantía de calidad, basándose en el conocimiento de los miembros del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Gestión de riesgos y aseguramiento de la calidad.** Los proveedores de servicios deben usar la evidencia recopilada para mejorar continuamente los servicios. Deben registrar los resultados y ponerlos a disposición de las personas que utilizan los servicios y sus familias y cuidadores.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en un ensayo controlado aleatorio de alta calidad en el Reino Unido sobre los impactos de la calidad de la atención social en el comportamiento desafiante.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Gestión de riesgos y aseguramiento de la calidad.** Los comisionados deben hacer uso de la experiencia de expertos por experiencia para informar la toma de	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en la declaración de evidencia sobre el trabajo de múltiples agencias y formas efectivas de integrar servicios, esto se*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			decisiones y la garantía de calidad de los servicios.	*basó en 4 estudios, 1 de calidad moderada y 3 de baja calidad.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.** Los profesionales que trabajan con niños, jóvenes y adultos con problemas de aprendizaje y conductas desafiantes y sus familiares y cuidadores deben conocer a la persona a la que apoyan y averiguar qué quieren de sus vidas, no solo qué quieren de los servicios.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con tres revisiones sistemáticas de puntos de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.** Involucrar activamente a las personas con una discapacidad de aprendizaje en todas las decisiones que les afectan. Si una persona de 16 años o más carece de la capacidad para tomar una decisión, el personal debe seguir la Ley de capacidad mental de 2005.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con tres revisiones sistemáticas de puntos de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.** Evaluar si un niño o joven menor de 16 años es competente en Gillick y trabajar en colaboración con todos los niños y jóvenes. Inclúyalos en las decisiones sobre su tratamiento y	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			pregúnteles cómo les gustaría que sus familias o cuidadores se involucren.	*tres revisiones sistemáticas de puntos de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.** Involucrar a familiares, amigos, cuidadores o defensores independientes si esto es lo que la persona quiere, o cuando las decisiones se toman en el mejor interés de una persona mayor de 16 años de acuerdo con la Ley de Capacidad Mental de 2005. Esto debe hacerse a menos que exista una necesidad imperiosa razón para no hacerlo (por ejemplo, si hay preocupaciones de protección).	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con tres revisiones sistemáticas de puntos de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.** Apoyar a niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje y comportamiento que les desafía a vivir dónde y cómo quieran. Darles apoyo que: • Está centrado en la persona, reflejando sus necesidades y elecciones individuales y maximizando su control • Les ayuda a tomar parte activa en todos los aspectos de la vida diaria que elijan, basándose tanto en lo que	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con tres revisiones sistemáticas de puntos de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			pueden hacer como en lo que quieren hacer • Tiene en cuenta la gravedad de su discapacidad de aprendizaje; su etapa de desarrollo; cualquier dificultad de comunicación o problemas de salud física o mental; y su historia de vida • Respeta su identidad cultural, religiosa y sexual • Les ayuda antes de que ocurran los problemas o tan pronto como surjan, no solo cuando se ha llegado a la crisis • Alienta a las personas a hablar si tienen alguna preocupación • Promueve la continuidad de las relaciones.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.** Conoce las necesidades de información y comunicación de niños, jóvenes y adultos, regístralas y comparte esta información con todas las personas que trabajan con ellos de acuerdo con el Estándar de Información Accesible.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con tres revisiones sistemáticas de puntos de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que	Discapacidad para el aprendizaje y	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.**	**Sistema NICE: Fuerte a favor**	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	desafía: diseño y entrega de servicios	comportamiento desafiante.	Asegúrese de que las personas con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento que desafía tengan acceso a la terapia del habla y del lenguaje cuando la necesiten.	*La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con tres revisiones sistemáticas de puntos de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.** Considere brindar acceso a la defensa independiente cuando una persona con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento desafiante lo desee o lo necesite. Como mínimo, debe ser ofrecido por las autoridades locales, tal como se describe en la Ley de Atención de 2014, la Ley de Capacidad Mental de 2005 y la Ley de Salud Mental de 2007.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con tres revisiones sistemáticas de puntos de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores.** Asegúrese de que los defensores independientes que trabajan con niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento desafiante tengan habilidades y experiencia en el trabajo con estos grupos y en el trabajo con	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en declaraciones de evidencia sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre los modelos de prestación de servicios. La calidad general de los estudios fue mixta, con tres revisiones sistemáticas de puntos*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			servicios especializados en discapacidades de aprendizaje.	*de vista y experiencias de alta calidad y el resto de baja a alta calidad.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Coordinación de la atención y el apoyo.** Las autoridades locales que trabajan en asociación con los profesionales de la salud deben asignar a un solo profesional, por ejemplo, un trabajador social (en un equipo de niños discapacitados o un equipo comunitario de discapacidad de aprendizaje) o una enfermera psiquiátrica comunitaria, para que sea el "trabajador designado" de la persona. El trabajador designado debe conocer a la persona y coordinar el apoyo para satisfacer sus necesidades a largo plazo.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 6 declaraciones de evidencia, y encontró que construir servicios alrededor de la persona ayuda a garantizar que los servicios funcionen mejor con la persona y su familia y se basó en 3 estudios de baja calidad. Otra declaración de evidencia mostró que era necesario que diferentes personas trabajaran juntas para un cuidado. Esto se basó en 3 estudios de baja calidad. Otra declaración encontró que era difícil orientarse en los servicios que podrían ser una barrera para la atención y se basó en 1 estudio de baja calidad y 1 de alta calidad. La evidencia encontró que el personal no siempre tenía los conocimientos y habilidades correctos. Esto se basó en 5 estudios: 3 de calidad moderada y 2 estudios de alta calidad. La evidencia de la siguiente declaración se basó en 2 estudios de calidad moderada y encontró que era importante trabajar de una manera que apoye a la persona y su familia. La evidencia de lo que ayuda a trasladar a las personas de los*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				hospitales de estancia prolongada se limitó a la prestación de apoyo y se basó en 2 estudios de baja calidad.	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Coordinación de la atención y el apoyo.** La autoridad local, el grupo clínico y los proveedores de servicios deben comunicarse regularmente con el trabajador designado, manteniéndolos informados e involucrados en la toma de decisiones.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se fundamentó en la declaración de evidencia que trató sobre el momento de acceso al apoyo. Esto se basó en 3 estudios de calidad moderada. Como esta evidencia no se relacionaba directamente con la celebración de reuniones, la recomendación también se basó en el conocimiento de los miembros del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Coordinación de la atención y el apoyo.** Organice reuniones periódicas para hablar sobre la atención y el apoyo de la persona e invite a personas de su red de apoyo, incluidos familiares, cuidadores, defensores y profesionales de todos los servicios que los apoyan. Esto podría basarse en los procesos existentes, por ejemplo, el proceso de revisión y planificación de la educación, la salud y la atención para los niños (consulte Niños con necesidades educativas especiales y discapacidades de Gov.uk).	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se fundamentó en la declaración de evidencia que trató sobre el momento de acceso al apoyo. Esto se basó en 3 estudios de calidad moderada. Como esta evidencia no se relacionaba directamente con la celebración de reuniones, la recomendación también se basó en el conocimiento de los miembros del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Coordinación de la atención y el apoyo.** Reconozca y utilice la experiencia aportada por todos los miembros de la red de apoyo de la persona (no solo aquellos a quienes se les paga).	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se fundamentó en la declaración de evidencia que trató sobre el momento de acceso al apoyo. Esto se basó en 3 estudios de calidad moderada. Como esta evidencia no se relacionaba directamente con la celebración de reuniones, la recomendación también se basó en el conocimiento de los miembros del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Planificación de la atención y el apoyo.** Los equipos comunitarios de discapacidades de aprendizaje (o servicios infantiles relevantes, por ejemplo, equipos de niños discapacitados) y los proveedores de servicios deben trabajar en colaboración con el niño, joven o adulto, sus familiares, cuidadores y defensores y su trabajador designado para desarrollar, entregar y revisar su plan de atención y apoyo. Desarrolle un plan de cuidado que: • satisface las necesidades y preferencias de la persona • trabaja para apoyar y maximizar la capacidad mental de la persona	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 3 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia sobre trabajar juntos para hacer que las vías de atención funcionen fue proporcionada por 3 estudios de evaluación de baja calidad. La declaración de evidencia sobre la participación de las familias en la planificación de la atención fue proporcionada por 2 estudios de calidad moderada. La declaración de evidencia sobre lo que ayuda y lo que no ayuda a los servicios que trabajan juntos se basó en 3 estudios: 2 estudios de calidad moderada y 1 de baja calidad*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• tiene en cuenta la capacidad mental y las necesidades fluctuantes de las personas • adopta un enfoque de "toda la vida" que cubre lo que quiere lograr tanto a corto como a largo plazo y apoya transiciones suaves • adopta un enfoque positivo para gestionar el riesgo • establece qué hacer para prevenir o responder a una crisis.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Planificación de la atención y el apoyo.** Los proveedores de servicios y las agencias responsables de encargar y planificar los servicios (incluidos los servicios especializados) deben hacer coincidir las habilidades específicas del personal con las características de la persona con una discapacidad de aprendizaje y el comportamiento que los desafía. Hágalo tan pronto como comience la planificación de la atención y el apoyo.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en la declaración de evidencia sobre las habilidades y conocimientos del personal, incluidas las cualidades personales del personal, y fue proporcionada por 3 estudios de calidad moderada. Fue respaldado por el testimonio de un experto testigo basado en un estudio de caso de servicios en Devon.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Planificación de la atención y el apoyo.** Los equipos de discapacidad de aprendizaje de la comunidad o los servicios infantiles relevantes (por ejemplo, equipos de niños discapacitados) y los proveedores de servicios deben revisar el cuidado y el	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se adaptó de la guía de NICE sobre Conductas desafiantes y discapacidades de aprendizaje: prevención e intervenciones, y también se basa en la declaración de evidencia que dijo*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			apoyo de niños, jóvenes y adultos con su trabajador designado: • según los tiempos acordados en su plan y •Siempre que haya un cambio significativo, por ejemplo, si la persona se coloca fuera del área.	*que diferentes personas trabajando juntas eran necesarios para que funcione una vía de atención. Esto se basó en 3 estudios de baja calidad.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Planificación de la atención y el apoyo.** Al revisar los planes: • involucrar a las personas como se establece en las recomendaciones previas • tener en cuenta la capacidad mental fluctuante de las personas • verificar que el personal esté siguiendo las recomendaciones del plan de apoyo conductual en la guía NICE sobre comportamiento desafiante y discapacidades de aprendizaje: prevención e intervenciones • pensar en planes para el futuro, incluso si se necesitarán cambios en la vivienda o el apoyo de la persona.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se adaptó de la guía de NICE sobre Conductas desafiantes y discapacidades de aprendizaje: prevención e intervenciones, y también se basa en la declaración de evidencia que dijo que diferentes personas trabajando juntas eran necesarios para que funcione una vía de atención. Esto se basó en 3 estudios de baja calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Planificación de la atención y el apoyo.** Tan pronto como un niño, joven o adulto desarrolle un comportamiento desafiante, los equipos de discapacidad de aprendizaje de la comunidad (o los servicios infantiles	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en el consenso del grupo desarrollador. La recomendación hace referencia cruzada a la información provista en la sección "Planificación del apoyo*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			pertinentes, por ejemplo, equipos de discapacidad de aprendizaje de salud mental para niños y adolescentes) y los proveedores de servicios deben ofrecerse a trabajar con ellos y sus familias o cuidadores para desarrollar un plan de apoyo conductual.	*conductual" Guía NICE sobre Comportamiento desafiante y discapacidades de aprendizaje: prevención e intervenciones para personas con discapacidades de aprendizaje cuyo comportamiento presenta desafíos.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyar a las personas para que utilicen presupuestos personales.** Asegúrese de que haya una variedad de arreglos de financiación disponibles, incluidos pagos directos, presupuestos personales o fondos de servicios individuales, según las necesidades y preferencias de los niños, jóvenes y adultos.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación provino de las preguntas de revisión sobre modelos de prestación de servicios. Hubo pocos estudios de alta calidad que compararan la efectividad o la rentabilidad de un modelo de prestación de servicios sobre otro, incluido el uso de presupuestos personales relacionados con nuestra población específica. En ausencia de evidencia directa, el Comité de Directrices derivó estas recomendaciones de su propia experiencia, adaptaciones de recomendaciones en guías existentes y testimonios de testigos expertos.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyar a las personas para que utilicen presupuestos personales.** Ofrezca a las personas una selección de arreglos de financiación (consulte la recomendación anterior) y ayúdelos a utilizar estos presupuestos, donde lo deseen, al:	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación provino de las preguntas de revisión sobre modelos de prestación de servicios. Hubo pocos estudios de alta calidad que compararan la efectividad*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• decirles cómo se financiará cada elemento de su apoyo • decirles cuánto dinero hay disponible y cuánto control tienen sobre cómo se gasta el dinero • brindarles a ellos y a sus familias y cuidadores información sobre las diferentes formas de administrar sus presupuestos y cómo esto puede afectar a su cuidador • apoyarlos para probar diferentes mecanismos para administrar su presupuesto • ofrecer información, asesoramiento y apoyo a las personas que pagan u organizan su propio cuidado y apoyo, así como a aquellos cuyo cuidado y el apoyo se financia con fondos públicos • ofrecer información sobre el derecho a los beneficios • garantizar que las necesidades de los cuidadores se tengan plenamente en cuenta.	*o la rentabilidad de un modelo de prestación de servicios sobre otro, incluido el uso de presupuestos personales relacionados con nuestra población específica. En ausencia de evidencia directa, el Comité de Directrices derivó estas recomendaciones de su propia experiencia, adaptaciones de recomendaciones en guías existentes y testimonios de testigos expertos.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyar a las personas para que utilicen presupuestos personales.** En todos los entornos, el personal que trabaja con niños, jóvenes y adultos con problemas de aprendizaje y sus familias y cuidadores debe tratar de reducir el riesgo de desarrollar comportamientos que desafíen:	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 3 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia sobre el acceso a los servicios para los niños fue proporcionada por 2 estudios, 1 de baja calidad y 1 de calidad moderada.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• identificar problemas de salud o sensoriales a tiempo • proporcionar estrategias e intervenciones para apoyar la comunicación.	*La declaración de evidencia sobre lo que ayuda y lo que no ayuda a los servicios que trabajan juntos se basó en 3 estudios, 2 estudios de calidad moderada y 1 de baja calidad. La declaración de evidencia sobre el momento del acceso a los servicios de apoyo para los niños se proporcionó a partir de 3 estudios de calidad moderada.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyar a las personas para que utilicen presupuestos personales.** Para personas que toman medicamentos: • seguir las recomendaciones de la guía NICE sobre el manejo de medicamentos para adultos que reciben atención social en la comunidad y • si el motivo del medicamento se relaciona con el comportamiento o la salud mental de la persona, asegurarse de que se revise regularmente de acuerdo con las recomendaciones sobre medicamentos en la guía NICE sobre comportamiento desafiante y problemas de aprendizaje: prevención e intervenciones, y recomendaciones en problemas de salud mental en personas con problemas de aprendizaje: prevención, evaluación y manejo.	**Sistema NICE: Fuerte a favor**	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyar a las personas para que utilicen presupuestos personales.** Para personas que toman medicamentos: • seguir las recomendaciones de la guía NICE sobre el manejo de medicamentos para adultos que reciben atención social en la comunidad y • si el motivo del medicamento se relaciona con el comportamiento o la salud mental de la persona, asegurarse de que se revise regularmente de acuerdo con las recomendaciones sobre medicamentos en la guía NICE sobre comportamiento desafiante y problemas de aprendizaje: prevención e intervenciones, y recomendaciones en problemas de salud mental en personas con problemas de aprendizaje: prevención, evaluación y manejo.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación está adaptada de las pautas de NICE sobre el manejo de medicamentos para adultos que reciben atención social en la comunidad y la sección 1.8 Medicamentos de la guía clínica de NICE sobre Comportamiento desafiante y discapacidades de aprendizaje: prevención e intervenciones para personas con discapacidades de aprendizaje cuyo comportamiento presenta desafíos.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyar a las personas para que utilicen presupuestos personales.** Asegúrese de que los niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento desafiante conozcan y puedan usar los servicios para apoyar su salud y bienestar. Estos deben incluir:	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación fue sobre los servicios para apoyar la salud y el bienestar de una persona y se basa en 6 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se deriva de 1 estudio británico de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se deriva de 2 estudios del*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• servicios que ayudan a las personas a hacer y mantener amigos, relaciones y redes sociales en su comunidad y participar en actividades comunitarias • acceso al empleo y oportunidades previas al empleo • oportunidades diarias en las que las actividades se pueden adaptar a los intereses, preferencias, fortalezas y habilidades de la persona • servicios de salud universales y controles de salud • oportunidades de apoyo entre compañeros.	*Reino Unido, 1 de calidad moderada y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 3 se deriva de 2 estudios, 1 revisión sistemática de alta calidad y 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 4 se deriva de 3 estudios de calidad mixta, 1 de calidad moderada y 2 de baja calidad y está respaldada por la declaración de evidencia 5 y 6 de un testigo experto.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyo a familias y cuidadores**. Garantizar que las familias y los cuidadores de niños, jóvenes y adultos con problemas de aprendizaje y de conducta desafiantes reciban un apoyo que les ayude a: • gestionar su papel como cuidadores • cuidar a la persona y satisfacer sus necesidades, en relación con el comportamiento, el cuidado y apoyo, la comunicación, la salud física, la salud mental, necesidades educativas o cualquier comportamiento ofensivo • acceder al apoyo de servicios especializados cuando sea necesario	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 1 declaración de evidencia sobre el acceso a los servicios para niños, que se deriva de 2 estudios de baja calidad en el Reino Unido. Dado que había pruebas relativamente escasas en esta área, esta recomendación también se basó en el testimonio de un testigo experto que proporciona un Servicio de Apoyo al Comportamiento Positivo, y el conocimiento del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyo a familias y cuidadores**. Proporcionar información, orientación y apoyo permanente a las familias y cuidadores de niños, jóvenes y adultos con problemas de aprendizaje y de conducta que aborden diferentes aspectos de su vida. Las fuentes de apoyo podrían incluir: • apoyo de los compañeros • grupos o foros de padres y cuidadores • Soporte de correo electrónico • soporte telefónico individual y presencial • redes familiares • defensa independiente • redes de correo electrónico administradas (un foro de discusión compartido) • grupos de redes sociales.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 3 declaraciones de evidencia: La declaración de evidencia 1 se deriva de 2 estudios, 1 estudio canadiense de baja calidad y 1 estudio británico de alta calidad. La declaración de evidencia 2 se deriva de 1 estudio RCT de alta calidad. La declaración de evidencia 3 se deriva de 1 estudio de calidad moderada.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyo a familias y cuidadores**. Proporcione a los miembros de la familia y cuidadores información en línea con el apoyo y las intervenciones para miembros de la familia o cuidadores en la guía NICE sobre comportamiento desafiante y problemas de aprendizaje: prevención e intervenciones. Esto podría ser en forma de un "paquete de bienvenida". Proporcione esta información: • en el primer punto de contacto con las familias	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 5 declaraciones de evidencia:* *La declaración de evidencia 1 se deriva de 2 estudios, 1 estudio canadiense de baja calidad y 1 estudio británico de alta calidad. La declaración de evidencia 2 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad moderada. La declaración de evidencia 3 se deriva de 3 estudios de baja calidad. La declaración de*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• a través del sitio web de la autoridad local, las bibliotecas locales y los servicios universales, como las consultas de médicos de cabecera.	*evidencia 4 se deriva de 3 estudios de calidad mixta, 2 de calidad moderada y 1 de baja calidad.* *la declaración de evidencia 5 se deriva de 3 estudios de calidad mixta, 2 de alta calidad y 1 de calidad moderada de la pregunta de revisión 4.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyo a familias y cuidadores**. Ayudar a las personas y sus familias a comprender la información sobre el apoyo disponible (ver recomendación previa) desde el primer contacto en adelante.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 5 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se deriva de 3 estudios de calidad moderada. La declaración de evidencia 3 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 1 moderado y 1 de baja calidad. La declaración de evidencia 4 se deriva de 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 5 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad moderada*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyo a familias y cuidadores**. Aconseje a los familiares y cuidadores cómo acceder a: • servicios de breve descanso • apoyo conductual especializado • capacitación como se establece en las recomendaciones de la guía NICE sobre conducta desafiante y problemas	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 5 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se deriva de 3 estudios de*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			de aprendizaje: prevención e intervenciones. • apoyo en caso de emergencia • recursos comunitarios, incluidas organizaciones voluntarias, redes y grupos de apoyo • Procedimientos locales de salvaguardia, incluyendo cómo plantear inquietudes de salvaguardia o presentar una queja.	*calidad moderada. La declaración de evidencia 3 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 1 moderado y 1 de baja calidad. La declaración de evidencia 4 se deriva de 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 5 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad moderada*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Apoyo a familias y cuidadores**. Asegúrese de que los miembros de la familia y los cuidadores tengan información como los datos de contacto del personal y las fechas y citas clave.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 5 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se deriva de 3 estudios de calidad moderada. La declaración de evidencia 3 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 1 moderado y 1 de baja calidad. La declaración de evidencia 4 se deriva de 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 5 se deriva de 2 estudios del Reino Unido de calidad moderada*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Desarrollo de servicios en la comunidad.** El comisionado principal debe encargar servicios en la comunidad para personas con una discapacidad de	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 4 declaraciones de evidencia. Evidencia sobre la falta de especialistas locales y*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			aprendizaje y un comportamiento desafiante (incluidas las personas en contacto o en riesgo de contacto con el sistema de justicia penal). estos servicios: • debe ser capaz de satisfacer necesidades de nivel inferior hasta necesidades intensivas, complejas o fluctuantes • podría configurarse como un equipo grande con diferentes subequipos o como varios equipos separados • debe proporcionarse siempre que sea posible como una alternativa a, y para reducir la necesidad potencial de: o atención hospitalaria de niños, jóvenes y adultos o o Colocaciones residenciales para niños y jóvenes.	*servicios comunitarios de crisis, la declaración de evidencia 1 se basó en 4 estudios, 2 de calidad moderada y 2 de baja calidad. Evidencia sobre la integración de especialistas y servicios generales,* *la declaración de evidencia 2 fue proporcionada por 4 estudios, 1 de calidad moderada y 3 de baja calidad. La evidencia sobre los servicios forenses basados en la comunidad, la declaración de evidencia 3 fue proporcionada por 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 4 sobre el retraso en el alta fue proporcionada por 3 estudios, 1 de calidad moderada y 2 de baja calidad.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Desarrollo de servicios en la comunidad.** Los servicios en la comunidad deben cumplir las siguientes funciones básicas: • especialista en prevención e intervención temprana • desarrollar la capacidad en los servicios comunitarios no especializados para evitar admisiones innecesarias de pacientes hospitalizados	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 5 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 sobre la puntualidad del acceso al apoyo se basó en 3 estudios de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se basó en 4 estudios, 2 de calidad moderada y 2 de baja calidad; la declaración de evidencia 3 fue proporcionada por 4 estudios, 1 de calidad moderada y 3 de baja calidad;*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• brindar apoyo y capacitación a familias y cuidadores (siguiendo las recomendaciones sobre apoyo e intervenciones para miembros de la familia o cuidadores en la guía de NICE sobre comportamiento y aprendizaje desafiantes) discapacidades: prevención e intervenciones) • aseguramiento de la calidad y desarrollo del servicio • evaluación e intervención a corto plazo • intervención compleja a más largo plazo • respuesta e intervención en situaciones de crisis.	*la declaración de evidencia 4 fue proporcionada por 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 5 sobre el retraso en el alta fue proporcionada por 3 estudios, 1 de calidad moderada y 2 de baja calidad.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Desarrollo de servicios en la comunidad.** Asegúrese de que los niños, jóvenes y adultos con problemas de aprendizaje puedan obtener apoyo especializado a través de su equipo comunitario de problemas de aprendizaje que satisfaga sus necesidades, por ejemplo, en relación con: • conducta • comunicación • necesidades de atención y apoyo social • salud física • salud mental	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre el acceso al apoyo de especialistas se basa en 3 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se deriva de 3 estudios de baja calidad y 1 de calidad moderada. La evidencia 2 se deriva de 5 estudios del Reino Unido de calidad mixta y la declaración de evidencia 3 se deriva de 5 estudios de calidad general baja.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• educación • comportamiento ofensivo. Esto podría lograrse empleando profesionales relevantes dentro del equipo comunitario de discapacidad de aprendizaje o desarrollando vínculos estrechos con profesionales en otros servicios relevantes.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Desarrollo de servicios en la comunidad.** Los servicios que brindan apoyo a través del equipo de discapacidad de aprendizaje de la comunidad deben trabajar juntos y brindarse asesoramiento y apoyo entre sí. Deben trabajar con niños, jóvenes y adultos y sus familiares y cuidadores de manera que: • personalizado • flexible • receptivo • accesible • reflexivo	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre la integración de profesionales se basa en 3 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se deriva de 5 estudios del Reino Unido de calidad mixta. La declaración de evidencia 2 se deriva de 4 UK estudios de baja calidad general y la declaración de evidencia 3 se deriva de 3 estudios del Reino Unido, incluidos 2 de baja calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Desarrollo de servicios en la comunidad.** Si un niño, joven o adulto desarrolla, o corre el riesgo de desarrollar, un comportamiento delictivo, los equipos comunitarios de discapacidades de aprendizaje deben remitirlo a los especialistas apropiados, como los servicios forenses comunitarios o de	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre la derivación oportuna a especialistas se basa en 2 declaraciones de evidencia. Declaración de evidencia 1 sobre las características del comportamiento delictivo y se deriva de 2 estudios de calidad moderada. Declaración de*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			justicia juvenil, tan pronto como sea posible. Estos servicios deberían: • proporcionar intervenciones tempranas basadas en evidencia que estén adaptadas para personas con una discapacidad de aprendizaje y aborden el comportamiento específico • trabajar en una asociación continua entre sí y con el equipo de discapacidad de aprendizaje de la comunidad siempre que sea necesario.	*evidencia 2 sobre la prevalencia del comportamiento relacionado con el sexo y se deriva de 3 estudios, 2 de baja calidad y 1 de calidad moderada.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Desarrollo de servicios en la comunidad.** Los equipos comunitarios de discapacidad de aprendizaje deben mantener una buena comunicación y vínculos con la policía y los equipos de enlace y desviación para que: • pueden asesorar sobre evaluaciones de vulnerabilidad, particularmente para personas con discapacidades de aprendizaje leves o limítrofes que de otra manera no podrían ser identificadas como vulnerables • las personas que necesitan apoyo pueden ser desviadas del servicio de justicia penal a los equipos comunitarios de discapacidad de aprendizaje.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre la derivación oportuna a especialistas se basa en 2 declaraciones de evidencia. Declaración de evidencia 1 sobre las características del comportamiento delictivo y se deriva de 2 estudios de calidad moderada. Declaración de evidencia 2 sobre la prevalencia del comportamiento relacionado con el sexo y se deriva de 3 estudios, 2 de baja calidad y 1 de calidad moderada.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que	Discapacidad para el aprendizaje y	**Especialista en apoyo conductual.** Asegúrese de que la evaluación de especialistas y el apoyo conductual	**Sistema NICE: Fuerte a favor**	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	desafía: diseño y entrega de servicios	comportamiento desafiante.	estén disponibles en la comunidad para que los niños, jóvenes y adultos puedan permanecer donde viven actualmente y evitar mudarse.	*La recomendación se basó en proporcionar una evaluación especializada y el apoyo conductual en la comunidad se basa en declaraciones de evidencia: 1 en la puesta en marcha compartida de servicios locales derivada de 4 estudios de baja calidad, y 2, basada en 1 revisión sistemática de alta calidad. Esto fue respaldado por el testimonio de un testigo experto del Ayuntamiento de Halton, que brinda un servicio de Apoyo al Comportamiento Positivo.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Especialista en apoyo conductual.** Garantizar que los servicios especializados para conductas problemáticas estén disponibles para todas las personas con problemas de aprendizaje y conductas problemáticas, sobre la base de una evaluación de la necesidad y el riesgo de cada persona y teniendo en cuenta el beneficio de la intervención temprana.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en cómo se debe proporcionar el apoyo conductual especializado y se basa en 2 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 4 estudios de calidad mixta, 3 estudios de baja calidad y 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se derivó de 4 estudios de calidad mixta, 2 estudios de baja calidad y 2 estudios de calidad moderada.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que	Discapacidad para el aprendizaje y	**Especialista en apoyo conductual.** El comisionado principal debe: • establecer tiempos de espera máximos locales para la evaluación	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en cómo se debe proporcionar el apoyo conductual*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	desafía: diseño y entrega de servicios	comportamiento desafiante.	inicial y para el acceso urgente y de rutina al tratamiento y apoyo • asegurarse de que los tiempos de espera para el apoyo conductual especializado no excedan los estándares de tiempo de espera del NHS.	*especializado y se basa en 2 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 4 estudios de calidad mixta, 3 estudios de baja calidad y 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se derivó de 4 estudios de calidad mixta, 2 estudios de baja calidad y 2 estudios de calidad moderada.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Especialista en apoyo conductual.** Brindar una respuesta local y personalizada a niños, jóvenes y adultos que necesitan apoyo intensivo durante una crisis. Esta respuesta debe: • centrarse en mantener a las personas en su propia casa • tener una línea de ayuda fuera del horario de atención como primera opción con la capacidad de responder rápidamente (dentro de 1 hora o de acuerdo con los tiempos de respuesta de crisis de salud mental locales), atendida por personas con habilidades y conocimientos en discapacidades de aprendizaje y comportamiento que desafía, y habilidades especializadas en problemas de salud mental	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en la provisión de apoyo de crisis se basa en 5 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 1 revisión sistemática de alta calidad. La declaración de evidencia 2 se derivó de 3 estudios de calidad moderada. La declaración de evidencia 3 se derivó de 2 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 1 de baja calidad y uno de calidad moderada. Esto fue respaldado por el testimonio de un testigo experto del Ayuntamiento de Halton, que brinda un servicio de Apoyo al Comportamiento Positivo a partir de declaraciones de evidencia.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• brindar apoyo presencial dentro de las 4 horas si es necesario, según la clasificación inicial • involucrar la asociación con otros comisionados, proveedores de servicios y miembros de la familia y cuidadores • incluir dar acceso al personal a la información de la persona si ya están en contacto con los servicios • brindar apoyo a corto plazo para lograr los objetivos acordados con la persona • incluir detalles de contacto claros para los servicios para niños (como se establece en la Oferta Local) y los servicios para adultos.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Especialista en apoyo conductual.** Utilice un enfoque claro y coordinado para reducir el nivel de apoyo de los servicios más intensivos de acuerdo con las necesidades de la persona. Aprenda de lo que sucedió y use este conocimiento para informar los futuros servicios de prevención e intervención temprana y apoyar los planes de crisis.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en reducir el nivel de apoyo se basa en 1 declaración de evidencia derivada de 4 estudios de calidad mixta, 3 estudios de baja calidad y 1 estudio de calidad moderada. Esto fue respaldado por el testimonio de un testigo experto del Ayuntamiento de Halton, que brinda un servicio de Apoyo al Comportamiento Positivo.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que	Discapacidad para el aprendizaje y	**Servicios para personas en contacto o en riesgo de contacto con el sistema de justicia penal.**	**Sistema NICE: Fuerte a favor**	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	desafía: diseño y entrega de servicios	comportamiento desafiante.	Comisionar servicios forenses comunitarios locales para niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento que desafía a quienes están en contacto o en riesgo de contacto con el sistema de justicia penal para evitar la colocación en hospitales fuera del área. Estos podrían proporcionarse como equipos independientes o como una especialidad dentro de un equipo existente, por ejemplo, un equipo de discapacidad de aprendizaje de la comunidad o una especialidad de discapacidad de aprendizaje dentro de un equipo forense de la comunidad.	*La recomendación sobre la puesta en marcha de los servicios forenses locales se basa en 2 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 4 estudios de calidad mixta, 2 estudios de baja calidad y 2 estudios de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se derivó de 2 estudios de calidad mixta, 1 estudio de baja calidad y 1 estudio de calidad moderada.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para personas en contacto o en riesgo de contacto con el sistema de justicia penal.** Cuando los servicios forenses de discapacidad de aprendizaje de la comunidad brindan apoyo a niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje (por ejemplo, si están sujetos a una orden de rehabilitación de la comunidad forense o una orden de tratamiento comunitario) deben permitirles vivir en la comunidad, lo más cerca posible. a casa tanto como sea posible y en el entorno menos restrictivo.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre el apoyo a las personas con necesidades forenses se basa en 2 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 2 estudios de calidad mixta, 1 estudio de baja calidad y 1 estudio de calidad moderada. La declaración de evidencia 2 se derivó de 1 estudio de calidad moderada.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para personas en contacto o en riesgo de contacto con el sistema de justicia penal.** Los servicios de discapacidad de aprendizaje de la comunidad forense deben mantenerse en contacto frecuente con la persona a la que brindan apoyo, incluidos aquellos que se encuentran en ubicaciones fuera del área o en entornos de justicia penal, y ayudarlos a construir y mantener vínculos sociales en su comunidad.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre mantenerse en contacto se basa en 1 declaración de evidencia derivada de 1 estudio de calidad moderada.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para personas en contacto o en riesgo de contacto con el sistema de justicia penal.** Los servicios forenses de discapacidad de aprendizaje y los servicios de libertad condicional deben trabajar juntos para acordar quién es más capaz de ayudar a la persona a cumplir con los requisitos de su orden de tratamiento o rehabilitación.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre los servicios que trabajan juntos se basa en 2 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 1 estudio de calidad moderada y la declaración de evidencia 2 se derivó de 1 estudio de baja calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para personas en contacto o en riesgo de contacto con el sistema de justicia penal.** Los servicios de discapacidad de aprendizaje forense, salud mental, organizaciones especializadas del sector voluntario, servicios de discapacidad de aprendizaje y servicios de atención social deben establecer vías de atención y vínculos	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre derivación entre servicios se basa en 2 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 2 estudios de calidad mixta, 1 estudio de baja calidad y 1 estudio de calidad moderada. Y la declaración de evidencia 2 se derivó de 5 estudios de*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			estrechos entre sí para ayudarlos a derivar a las personas rápidamente entre estos servicios para obtener el apoyo adecuado y gestionar el riesgo de manera efectiva.	*calidad mixta, 2 estudios de baja calidad y 3 estudios de calidad moderada.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Vivienda y apoyo diario.** Los comisionados deben trabajar con los proveedores locales de vivienda y atención social para identificar las necesidades específicas de vivienda de los adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento desafiante. Deben asegurarse de que las áreas tengan una variedad de opciones de vivienda y atención disponibles que satisfagan estas necesidades y atiendan las diferentes preferencias y necesidades de apoyo centradas en la persona.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre la puesta en servicio del alojamiento se basa en 8 declaraciones de evidencia y el testimonio de testigos expertos.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Vivienda y apoyo diario.** Permitir que los adultos vivan cerca de su familia, amigos y comunidad a menos que decidan no hacerlo o exista una razón convincente para no hacerlo.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en decidir qué servicios implementar se basa en 1 declaración de evidencia derivada de dos estudios de calidad moderada en el Reino Unido.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Vivienda y apoyo diario.** Siempre que sea posible, asegúrese de que, dondequiera que vivan las personas, tengan seguridad de tenencia de acuerdo con la Prueba de Tenencia Real.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se refería a tener los mismos derechos de tenencia que cualquier otra persona y se derivó del testimonio de un testigo experto*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Vivienda y apoyo diario.** Al ayudar a los adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento que los desafía a elegir dónde vivir: • proporcionar información sobre la gama de opciones posibles • tener en cuenta sus preferencias y cualquier necesidad o riesgo de apoyo específico, incluido el impacto de los factores ambientales en la persona (consulte la recomendación sobre factores ambientales en la guía de NICE sobre comportamiento desafiante y problemas de aprendizaje: prevención e intervenciones) • darles consejos sobre cómo adaptar su hogar actual si es necesario.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación fue sobre dar opciones a las personas y se basa en 8 declaraciones de evidencia y testigos expertos.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Vivienda y apoyo diario.** Ofrecer a las personas la opción de vivir solas con el apoyo adecuado si así lo prefieren y les conviene.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación fue sobre dar opciones a las personas y se basa en 8 declaraciones de evidencia y testigos expertos.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Vivienda y apoyo diario.** Si los adultos prefieren no vivir solos con apoyo, o no es adecuado para ellos, ofrézcales la opción de vivir con un pequeño número de personas en una vivienda compartida que tenga un	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre el tamaño de la vivienda compartida se basa en 3 declaraciones de evidencia*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			ambiente doméstico a pequeña escala. Involucrar a las personas en la elección de cuántas personas y con quién vivir.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para niños y jóvenes.** Las autoridades locales deben asegurarse de que los padres y cuidadores de niños y jóvenes con problemas de aprendizaje y de comportamiento tengan apoyo para cuidar a sus hijos.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 1 declaración de evidencia derivada de 4 estudios de baja calidad en el Reino Unido.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para niños y jóvenes.** Las autoridades locales deben promover la crianza de niños y jóvenes con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento que desafía a sus familias, de conformidad con la sección 17 de la Ley de la Infancia de 1989. Esto debe incluir la prestación de una gama de servicios que incluyen educación y discapacidad de aprendizaje general y especializado. Servicios de apoyo en la comunidad, como una alternativa a las colocaciones residenciales fuera del hogar y para reducir la necesidad potencial de tales colocaciones.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en una declaración de evidencia sobre las barreras y facilitadores para mantener la vida familiar y se derivó de dos estudios, un estudio de Canadá de baja calidad y un estudio del Reino Unido de alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para niños y jóvenes.** El comisionado principal debe asegurarse de que el apoyo conductual especializado en la comunidad para niños y jóvenes incluya el apoyo de profesionales de la educación y del	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 1 declaración de evidencia derivada de 4 estudios de baja calidad en el Reino Unido.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			servicio de salud mental para niños y adolescentes (CAMHS, por sus siglas en inglés) que tengan habilidades y experiencia en el trabajo con niños y jóvenes con problemas de aprendizaje y de comportamiento que desafía.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para niños y jóvenes.** Los profesionales de la salud, la salud mental y el apoyo conductual deben trabajar con otros servicios, por ejemplo, educación y atención social, para: • entregar los resultados acordados en el plan de educación, salud y cuidado de un niño o joven • proporcionar apoyo e intervenciones de acuerdo con la guía NICE sobre comportamiento desafiante y problemas de aprendizaje: prevención e intervenciones • maximizar las oportunidades de vida para niños y jóvenes, incluso garantizando que tengan acceso a una educación significativa • apoyar transiciones fluidas entre los servicios de acuerdo con la organización de una atención eficaz en la guía NICE sobre comportamiento desafiante y problemas de aprendizaje: prevención e intervenciones	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 1 declaración de evidencia basada en 3 estudios del Reino Unido, 2 estudios de baja calidad y 1 estudio de alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• ayudar a los niños y jóvenes a desarrollar habilidades para la independencia • adopte un enfoque positivo para gestionar el riesgo. Esto se aplica a los niños y jóvenes en colocaciones residenciales, así como a los que viven en el hogar.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios para niños y jóvenes.** Si el comportamiento desafiante de un niño o joven se está deteriorando o causa preocupación, la autoridad local debe llevar a cabo una revisión de varias agencias de su plan de educación, salud y cuidado (u otro plan relevante) e involucrar al niño o joven y sus padres. o cuidadores. Revise si es necesario actualizar el plan y brindar apoyo adicional si las necesidades del niño o joven han cambiado.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en 1 declaración de evidencia basada en 3 estudios del Reino Unido, 2 estudios de baja calidad y 1 estudio de alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios de descanso breve.** Las autoridades locales deben, de conformidad con las Regulaciones de Descansos para Cuidadores de Niños Discapacitados de 2011 y la Ley de Niños y Familias de 2014: • proporcionar una variedad de descansos breves para niños y jóvenes con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento desafiante, y • publicar como parte de su Oferta Local una declaración de la gama de	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre la puesta en marcha del cuidado de relevo se basó en 5 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 3 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 2 de baja calidad y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 2 se derivó de 3 estudios de baja calidad. La declaración de evidencia 3 se derivó de 2 estudios de*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			servicios disponibles y cómo se evaluará la elegibilidad.	*calidad mixta, 1 de baja calidad y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 4 se derivó de 3 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 2 de calidad moderada y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 5 se derivó de 2 estudios de calidad mixta, 1 de calidad moderada y 1 de alta calidad.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios de descanso breve.** Los comisionados de salud y atención social deben proporcionar opciones suficientes, confiables, flexibles y variadas de descanso breve, que incluyan descansos y apoyo en el hogar, para adultos con problemas de aprendizaje y comportamiento desafiante	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre la puesta en marcha del cuidado de relevo se basó en 5 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 3 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 2 de baja calidad y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 2 se derivó de 3 estudios de baja calidad. La declaración de evidencia 3 se derivó de 2 estudios de calidad mixta, 1 de baja calidad y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 4 se derivó de 3 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 2 de calidad moderada y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 5 se derivó de 2 estudios de calidad mixta, 1 de calidad moderada y 1 de alta calidad.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Servicios de descanso breve.** Asegúrese de que los descansos breves sean: • basado en la comunidad y cerca de casa • disponible en función de la necesidad y con poca antelación, tanto en caso de crisis como para prevenir una crisis • adaptado a las necesidades de la persona y su familia o cuidadores, teniendo en cuenta los intereses y preferencias de la persona • capaz de proporcionar una experiencia positiva para la persona que recibe apoyo • capaz de entregar lo acordado en el plan de educación, salud y atención o plan de atención y apoyo; valoración del cuidador; o plan de apoyo conductual • planificado con anticipación siempre que sea posible e involucrar a las personas y sus familiares y cuidadores que visitan el servicio primero para ver si es adecuado y para conocer al personal que lo brinda • proporcionada por personal que comprende y respeta las normas y valores culturales de las personas y sus elecciones sobre el cuidado personal, la vida privada y el estilo de vida.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación sobre los factores para tener en cuenta al planificar el cuidado de relevo se basa en 3 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 se derivó de 3 estudios del Reino Unido de calidad mixta, 2 de baja calidad y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 2 se derivó de 2 estudios de calidad mixta, 1 de baja calidad y 1 de alta calidad. La declaración de evidencia 3 se derivó de 2 estudios de calidad mixta, 1 moderado y 1 alto.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Hacer el uso correcto de los servicios para pacientes hospitalizados.** Admita a los niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento desafiante en las unidades de hospitalización solo si la evaluación y la planificación de la atención muestran que sus necesidades no se pueden satisfacer de manera segura en la comunidad, y se han considerado y agotado todas las posibilidades para hacerlo.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación fue apoyada por 6 declaraciones de evidencia. La declaración de evidencia 1 sobre la disponibilidad de provisión comunitaria se basó en 4 estudios, 2 de calidad moderada y 2 de baja calidad. La declaración de evidencia 2 sobre el acceso al relevo de la pregunta de revisión 4 se basó en 2 estudios, uno de calidad alta y otro de calidad moderada. La declaración de evidencia 3 sobre la integración de servicios especializados y generales en la comunidad se basó en 4 estudios, 1 de calidad moderada y 3 de baja calidad. La declaración de evidencia 4 sobre el retraso en el alta fue proporcionada por tres estudios: 2 de mala calidad y 1 de calidad moderada. Declaración de evidencia 5 sobre los tipos de servicios para pacientes hospitalizados proporcionados por dos estudios de baja calidad. La declaración de evidencia 6 sobre las opiniones y experiencias de las personas sobre cómo deben configurarse los servicios se basó en 2 estudios cualitativos de calidad moderada. Esto fue respaldado además por evidencia en*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				el testimonio de expertos de un psiquiatra clínico y de un estudio de caso de servicios en Devon.	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Hacer el uso correcto de los servicios para pacientes hospitalizados.** Cuando piense en la admisión de un paciente hospitalizado, organice una discusión para explorar todas las demás opciones viables. Incluya en esta discusión: • la persona y sus familiares y cuidadores • al menos 1 médico con experiencia clínica en problemas de aprendizaje y el comportamiento específico que es un desafío • al menos 1 experto independiente por experiencia. Para obtener más orientación, consulte la información de NHS England sobre revisiones de atención y tratamiento comunitarios o, para niños y jóvenes, revisiones de atención, educación y tratamiento comunitarios.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en el testimonio de testigos expertos o en el consenso del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Hacer el uso correcto de los servicios para pacientes hospitalizados.** Cuando exista la posibilidad de que alguien sea admitido en el hospital, incluso como ingreso informal, las autoridades locales y los grupos de	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en el testimonio de testigos expertos o en el consenso del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			comisión clínica deben brindarles a ellos y a sus familias y cuidadores información y asesoramiento accesibles e independientes sobre sus derechos, acceso a defensa independiente y otras posibles opciones de tratamiento, atención y apoyo.		
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Hacer el uso correcto de los servicios para pacientes hospitalizados.** Los proveedores de servicios deben proporcionar información sobre la defensa independiente de la salud mental según lo exige la Ley de Salud Mental de 1983.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La recomendación se basó en el testimonio de testigos expertos o en el consenso del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Habilidades y valores del personal.** Como parte del reclutamiento y la capacitación del personal, asegúrese de que el personal tenga las habilidades, los conocimientos y las cualidades que necesita para apoyar a los niños, jóvenes y adultos con los que trabaja. Esto incluye: • Las habilidades y conocimientos recomendados en la capacitación, supervisión y apoyo del personal en la guía NICE sobre comportamiento desafiante y problemas de aprendizaje: prevención e intervenciones. • ser resistente y compasivo • demostrando que les importa	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación provino de preguntas de revisión relacionadas con los modelos de prestación de servicios. Las recomendaciones se basaron en 4 declaraciones de evidencia. La evidencia en la declaración de evidencia 1 de que los profesionales necesitan comprender el comportamiento que desafía fue proporcionada por 3 estudios de baja calidad. Tres estudios cualitativos de calidad moderada, 1 estudio de alta calidad y 1 revisión sistemática de alta*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			• comprender y respetar los derechos humanos, la fe, la cultura, la identidad y los valores de la persona.	*calidad proporcionaron evidencia en la declaración de evidencia 2 de que el personal no siempre tiene los conocimientos, habilidades y cualidades adecuados. La declaración de evidencia 3 sobre lo que ayuda a garantizar que el personal tenga las habilidades y actitudes correctas fue proporcionada por 2 estudios de calidad moderada y 1 revisión sistemática de alta calidad. La evidencia 4 sobre el trabajo conjunto fue proporcionada por 2 estudios de calidad moderada.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Habilidades y valores del personal.** Asegúrese de que el personal que brinda apoyo directo a niños, jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento que desafía tenga las competencias de nivel de "contacto directo" del marco de competencias de apoyo de comportamiento positivo de Positive Behavioral Support Academy.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación provino de preguntas de revisión relacionadas con los modelos de prestación de servicios. Las recomendaciones se basaron en 4 declaraciones de evidencia. La evidencia en la declaración de evidencia 1 de que los profesionales necesitan comprender el comportamiento que desafía fue proporcionada por 3 estudios de baja calidad. Tres estudios cualitativos de calidad moderada, 1 estudio de alta calidad y 1 revisión sistemática de alta calidad proporcionaron evidencia en la declaración de evidencia 2 de que el*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				personal no siempre tiene los conocimientos, habilidades y cualidades adecuados. La declaración de evidencia 3 sobre lo que ayuda a garantizar que el personal tenga las habilidades y actitudes correctas fue proporcionada por 2 estudios de calidad moderada y 1 revisión sistemática de alta calidad. La evidencia 4 sobre el trabajo conjunto fue proporcionada por 2 estudios de calidad moderada.	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Habilidades y valores del personal.** Proporcionar al personal que brinda apoyo directo acceso al asesoramiento de especialistas en apoyo conductual con competencias de nivel de "consultor" del marco de competencias de apoyo conductual positivo de Positive Behavioral Support Academy.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación provino de preguntas de revisión relacionadas con los modelos de prestación de servicios. Las recomendaciones se basaron en 4 declaraciones de evidencia. La evidencia en la declaración de evidencia 1 de que los profesionales necesitan comprender el comportamiento que desafía fue proporcionada por 3 estudios de baja calidad. Tres estudios cualitativos de calidad moderada, 1 estudio de alta calidad y 1 revisión sistemática de alta calidad proporcionaron evidencia en la declaración de evidencia 2 de que el personal no siempre tiene los conocimientos, habilidades y*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				cualidades adecuados. La declaración de evidencia 3 sobre lo que ayuda a garantizar que el personal tenga las habilidades y actitudes correctas fue proporcionada por 2 estudios de calidad moderada y 1 revisión sistemática de alta calidad. La evidencia 4 sobre el trabajo conjunto fue proporcionada por 2 estudios de calidad moderada.	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Habilidades y valores del personal.** Las autoridades locales y los grupos de comisionamiento clínico deben planificar y brindar capacitación entre los proveedores de servicios que brindan apoyo diario sobre cómo trabajar con jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje que corren el riesgo de delinquir.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación se basó en 1 declaración de evidencia sobre el comportamiento relacionado con el sexo y fue proporcionada por 1 estudio de calidad moderada y 2 de mala calidad. Esta evidencia destacó la prevalencia del comportamiento relacionado con el sexo dentro del comportamiento delictivo de las personas con discapacidades de aprendizaje y el comportamiento que desafía.*	Department of Health and Social Care, UK
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Habilidades y valores del personal.** Las organizaciones deben asegurarse de que el personal tenga supervisión y apoyo, de acuerdo con las recomendaciones sobre capacitación, supervisión y apoyo del personal en la guía NICE sobre comportamiento	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación provino de 3 declaraciones de evidencia. La evidencia en 1 de que el personal no siempre tiene los conocimientos, habilidades y cualidades adecuados para brindar*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			desafiante y problemas de aprendizaje: prevención e intervenciones.	*una buena atención se basó en 5 estudios: 3 estudios de calidad moderada, 1 estudio de alta calidad y 1 revisión sistemática de alta calidad. La declaración de evidencia 2 fue sobre lo que ayuda a garantizar que el personal tenga las habilidades y actitudes correctas y se basó en 2 estudios de calidad moderada y 1 revisión sistemática de alta calidad. La declaración de evidencia 3 encontró que una atención social de mejor calidad aumenta la satisfacción del personal y se basó en 1 ensayo controlado aleatorio de alta calidad. La evidencia disponible a menudo destacó las deficiencias en el conocimiento y las habilidades del personal. Por lo tanto, el Comité de Directrices también utilizó su propia práctica y conocimiento personal para formular una recomendación sobre qué habilidades deberían tener las personas y cómo deberían lograrse.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Habilidades y valores del personal.** Involucrar a jóvenes y adultos con una discapacidad de aprendizaje y un comportamiento desafiante en la contratación de personal. Involucre a sus familiares y cuidadores también si la persona está de acuerdo, a menos	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación provino de 2 estudios de calidad moderada y 1 revisión sistemática de alta calidad. Una vez más, esto puso de relieve algunas de las dificultades para contratar y retener al personal. La*	Department of Health and Social Care, UK

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			que haya una razón de peso para no hacerlo.	*solución de la recomendación se basó en la experiencia profesional y personal del Comité de Directrices.*	
NICE, 2018 GPC Reino Unido	Dificultades de aprendizaje y comportamiento que desafía: diseño y entrega de servicios	Discapacidad para el aprendizaje y comportamiento desafiante.	**Habilidades y valores del personal.** Piense en cómo involucrar a los niños con una discapacidad de aprendizaje en la contratación de personal.	**Sistema NICE: Fuerte a favor** *La evidencia para la recomendación provino de 2 estudios de calidad moderada y 1 revisión sistemática de alta calidad. Una vez más, esto puso de relieve algunas de las dificultades para contratar y retener al personal. La solución de la recomendación se basó en la experiencia profesional y personal del Comité de Directrices.*	Department of Health and Social Care, UK
Ho, 2021 RSL Canada (119)	Una revisión sistemática de las intervenciones analíticas del comportamiento para niños pequeños con discapacidad intelectual	discapacidad intelectual (0-8 años)	Aunque la literatura actual es limitada, los resultados indican que las intervenciones analíticas del comportamiento pueden usarse de manera efectiva para apoyar el desarrollo de habilidades en niños con DI.	**Clasificación GRADE: Baja** *Se incluyeron 48 estudios, los cuales en su mayoría fueron estudios o series de casos.*	No reportado
McGarty, 2018 RSL Reino Unido (120)	A systematic review and meta-analysis of interventions to increase physical activity in children and adolescents with intellectual disabilities	Discapacidad intelectual	**Actividad física postintervención**. Un metanálisis de dos estudios mostró que la intervención no fue más efectiva que el tratamiento control para mejorar el nivel de actividad física postintervención (*d*: 0.20; 95% CI -0.57, 0.97; p= 0.61). Las intervenciones fueron programas de control de peso de múltiples	**Clasificación GRADE: BAJA** *No se realizó enmascaramiento de la intervención. El intervalo de confianza incluye el valor de no efecto (0).*	No reportado

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			componentes, una intervención de actividad física de un solo componente y un programa de entrenamiento para el desarrollo de habilidades. Se midió la diferencia media de actividad física pre y postintervención, y se restó la misma diferencia en el grupo control.		
McGarty, 2018 RSL Reino Unido	A systematic review and meta-analysis of interventions to increase physical activity in children and adolescents with intellectual disabilities	Discapacidad intelectual	**Actividad física al seguimiento**. Un metanálisis de dos estudios mostró que la intervención tuvo un efecto moderado durante el seguimiento (*d*: 0,49; IC del 95%: 0,14 a 0,84; P = 0,01). . Las intervenciones fueron programas de control de peso de múltiples componentes, una intervención de actividad física de un solo componente y un programa de entrenamiento para el desarrollo de habilidades. Se midió la diferencia media de actividad física pre y postintervención, y se restó la misma diferencia en el grupo control.	**Clasificación GRADE: MODERADA** *No se realizó enmascaramiento de la intervención.*	No reportado
Fragala-Pinkham, 2021 RSL Estados Unidos (121)	Eficacia de las intervenciones de ciclismo en las extremidades inferiores para	discapacidad intelectual (7-26 años)	Evidencia moderada sugiere que una intervención ciclista específica puede mejorar las habilidades de ciclismo en dos ruedas en jóvenes con DI. Evidencia débil (estudios grupales de	Clasificación GRADE: Baja a moderada Un estudio de diseño de un solo sujeto de y estudios grupales de (nivel II)	University of Oklahoma Health Sciences Center

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	jóvenes con discapacidades intelectuales: una revisión sistemática.	(Autismo, la mayoría de los niños tenían síndrome de Down)	nivel II) respalda el ciclismo estacionario para mejoras a corto plazo en las habilidades cognitivas y la intervención de conducción en dos ruedas para aumentar la actividad física un año después de la intervención. Existe evidencia de moderada a débil para apoyar los programas de instrucción de ciclismo de dos ruedas o las intervenciones de ciclismo estacionario para niños y adultos jóvenes con discapacidades intelectuales		
May, 2021 RSL Australia (122)	Efectos físicos, cognitivos, psicológicos y sociales de la danza en niños con discapacidad: revisión sistemática y metanálisis.	discapacidad intelectual (3-18 años)	La literatura existente es heterogénea y de mala calidad, pero indica que la danza puede tener beneficios físicos, cognitivos y psicosociales para los niños con discapacidad.	Clasificación GRADE: Baja Se incluyeron 19 estudios, de los cuales 3 fueron ECA, 12 ensayos clínicos controlados y 4 de cohorte. La calidad de la mayoría de los estudios fue baja	National Disability Insurance Scheme Information, Linkages and Capacity building grant.
Torra, 2021 RSL España (123)	Behavioral and Cognitive Interventions With Digital Devices in Subjects With Intellectual Disability: A Systematic Review	Discapacidad intelectual	**Habilidades cognitivas básicas**. Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto de intervenciones cognitivo-conductuales con dispositivos digitales. En cuanto a la tecnología utilizada, 12 [63%] de los estudios utilizaron dispositivos informáticos personales para sus intervenciones. El lenguaje fue la función más común evaluada con 14 [70%] de los estudios analizados	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 18 estudios. Once estudios [61%] tuvieron un diseño aleatorizado, el resto fueron cuasiexperimentales no aleatorizados y cuasiexperimentales sin grupo control.* *Quince [83%] estudios se clasificaron como de baja calidad, dos [11%] como*	Doctorado Industrial por la Generalitat de Catalunya número de referencia 2019 DI 72.

Copia no Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			seguida de la atención, que fue el foco de atención de tres [15%] de los estudios analizados. En cuanto al seguimiento, solo unos pocos estudios evaluaron resultados a largo plazo de entre 1 mes y 1 año. Un gran número de estudios, 11 [55%] para ser exactos, utilizaron medidas cuantitativas no estandarizadas, el resto (n = 9) [45%], utilizaron pruebas estandarizadas. De los estudios analizados, 10 [55%] reportaron beneficios significativos [todos en lenguaje (n = 7)], cuatro [22%] obtuvieron mejoras no significativas, y en el resto las mejoras fueron similares entre grupos o no se observó mejoría.	*de calidad moderada y uno [5%] como de alta calidad.*	
Torra, 2021 RSL España	Behavioral and Cognitive Interventions With Digital Devices in Subjects With Intellectual Disability: A Systematic Review	Discapacidad intelectual	**Habilidades académicas**. Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto de intervenciones cognitivo-conductuales con dispositivos digitales. Respecto a la tecnología utilizada en las intervenciones, la mitad de los estudios (n = 5) [50%] utilizó computadora personal, algunos utilizaron dispositivos de entrada (n = 3) [30%]; y los dos restantes [20%], dispositivos de mano. En cuanto a las	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 7 estudios. La mayoría (n = 5) [71%] fueron de diseño aleatorizado y dos [28%] cuasi-experimentales sin grupo control.* *Seis estudios [85%] se clasificaron como de baja calidad y uno [15%] como de calidad moderada.*	Doctorado Industrial por la Generalitat de Catalunya número de referencia 2019 DI 72.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			funciones evaluadas, las matemáticas fueron las más comunes (n = 6) [85%]. Los resultados informados de los estudios analizados, dos [29%] mostraron mejoras significativas y el resto (n = 5) [71%] informaron algunas mejoras o cambios no significativos		
Torra, 2021 RSL España	Behavioral and Cognitive Interventions With Digital Devices in Subjects With Intellectual Disability: A Systematic Review	Discapacidad intelectual	**Habilidades sociales y comportamentales**. Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto de intervenciones cognitivo-conductuales con dispositivos digitales. Los dispositivos más comunes utilizados fueron las computadoras personales y los dispositivos de mano. Las funciones evaluadas con mayor frecuencia fueron las habilidades conductuales y sociales. Las tareas más comunes propuestas fueron emparejamiento, combinación con tareas y secuencias de la vida real. Los resultados de las intervenciones reportadas indican que casi la mitad resultó en beneficios significativos (n = 10) [45%], y el resto no obtuvo mejoras significativas (n = 11) [50%], o cambios no significativos (n = 1) [5%]. De los beneficios significativos reportados, nueve [50%] estudios corresponden a	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 22 estudios. Doce estudios [54%] tenían un diseño aleatorizado, seis [27%] cuasiexperimental sin grupo control y cuatro [18%] cuasiexperimental no aleatorizado.* *Diecisiete [77 %] de los estudios se clasificaron como de baja calidad, cuatro [18 %] como moderada y uno [5 %] como alta.*	Doctorado Industrial por la Generalitat de Catalunya número de referencia 2019 DI 72.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			habilidades sociales y tres [30%] a habilidades conductuales.		
Sun, 2019 RSL Taiwan (25)	Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis	TDAH en niños con discapacidad intelectual	**Severidad global de los síntomas de TDAH.** Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto del metilfenidato en niños con TDAH y discapacidad intelectual. El metanalsis mostró que los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejores cambios en la gravedad general del TDAH que los que recibieron placebo (k = 12, Hedges 'g = 0,878, IC del 95 % = 0,612 a 1,143, p <0,001)	**Clasificación GRADE: MODERADA** *Se incluyeron 8 ECA.* *La puntuación media de Jadad para la evaluación de riesgo de sesgo fue de 2,5 con una desviación estándar de 1,07.* *Sesgo de publicación significativo a través de la prueba de regresión de Egger (P=0.011).* *Se evidenció gradiente dosis-respuesta.*	No se recibió financiación
Sun, 2019 RSL Taiwan	Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis	TDAH en niños con discapacidad intelectual	**Gravedad del problema de conducta.** Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto del metilfenidato en niños con TDAH y discapacidad intelectual. El metanálisis mostró que los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejores cambios en la gravedad de la conducta de CTRS que los que recibieron placebo (k = 8, Hedges 'g = 0,853, IC del 95 % = 0,516 a 1,189, p <0,001; MD = 0,816)	**Clasificación GRADE: MODERADA** *Se incluyeron 5 ECA.* *La puntuación media de Jadad para la evaluación de riesgo de sesgo fue de 2,5 con una desviación estándar de 1,07.*	No se recibió financiación
Sun, 2019 RSL	Therapeutic effects of methylphenidate	TDAH en niños con	**Gravedad de la hiperactividad.**	**Clasificación GRADE: BAJA**	No se recibió financiación

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Taiwan	for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis	discapacidad intelectual	Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto del metilfenidato en niños con TDAH y discapacidad intelectual. Los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejora en la gravedad hiperactiva de CTRS en comparación con los que recibieron placebo (k = 9, Hedges 'g = 1068, IC del 95 % = 0,741 a 1395, p <0,001; MD = 1976).	*Se incluyeron 6 ECA.* *La puntuación media de Jadad para la evaluación de riesgo de sesgo fue de 2,5 con una desviación estándar de 1,07.* *Sesgo de publicación mediante inspección del funnel plot*	
Sun, 2019 RSL Taiwan	Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis	TDAH en niños con discapacidad intelectual	**Gravedad de la inatención.** Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto del metilfenidato en niños con TDAH y discapacidad intelectual. El metanálisis mostró que los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejoras en la gravedad de la falta de atención de CTRS en comparación con los que recibieron placebo (k = 8, Hedges 'g = 0,834, IC del 95 % = 0,587 a 1080, p <0,001; MD = 0,742)	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 5 ECA.* *La puntuación media de Jadad para la evaluación de riesgo de sesgo fue de 2,5 con una desviación estándar de 1,07.* *Sesgo de publicación mediante inspección del funnel plot*	No se recibió financiación
Sun, 2019 RSL Taiwan	Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or	TDAH en niños con discapacidad intelectual	**Rendimiento continuo.** Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto del metilfenidato en niños con TDAH y discapacidad intelectual. El metanálisis mostró que los sujetos que recibieron metilfenidato tuvieron mejores mejoras en los resultados de	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 3 ECA.* *La puntuación media de Jadad para la evaluación de riesgo de sesgo fue de 2,5 con una desviación estándar de 1,07.*	No se recibió financiación

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	intellectual disability: A systematic review and meta-analysis		CPT que los que recibieron placebo (k = 5, Hedges 'g = 0,558, IC del 95 % = 0,214 a 0,902, p = 0,001; MD = 11,955)	*Sesgo de publicación mediante inspección del funnel plot*	
Sun, 2019 RSL Taiwan	Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis	TDAH en niños con discapacidad intelectual	**Tolerabilidad.** Se llevó a cabo una RSL para evaluar el efecto del metilfenidato en niños con TDAH y discapacidad intelectual. El metanálisis no mostró diferencias significativas en la tasa de abandono entre los sujetos que recibieron metilfenidato y los que tomaron placebos (k = 4, OR = 1,679, IC del 95 % = 0,681 a 4,138, p = 0,260)	**Clasificación GRADE: MODERADA** *Se incluyeron 8 ECA.* *La puntuación media de Jadad para la evaluación de riesgo de sesgo fue de 2,5 con una desviación estándar de 1,07.*	No se recibió financiación

[1]Sistema GRADE: **Alta:** hay una confianza alta en que el verdadero efecto está cercano del estimativo del efecto; **Moderada:** hay una confianza moderada en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que esté cercano al estimativo del efecto, pero hay una posibilidad que sea sustancialmente diferente; **Baja**: la confianza en el estimativo del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto. **Muy baja:** se tiene muy baja confianza en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto (105).

Sistema SIGN: **1++:** Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo; **1+:** Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo; **1-:** Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo; **2++:** Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal; **2+**: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal; **2-**: Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal; **3:** Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos; **4:** Opinión de expertos. *Fuerza de las recomendaciones*: **A**: al menos un metanálisis, revisión sistemática, o ECA de nivel 1++, y directamente aplicables a la población objetivo; o cuerpo de evidencia constituida principalmente de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados. **B:** cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+. **C:** cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++. **D:** evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+. **Puntos de buena práctica**: mejor práctica recomendada basada en la experiencia clínica del grupo desarrollador de la guía (106).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Sistema de Shekelle: **Ia:** evidencia de metanálisis de estudios clínicos; **Ib:** evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio; **IIa**: evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización; **IIb**: al menos otro estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte; **III**: evidencia de un estudio descriptivo no experimental (comparativos, de correlación, casos y controles y revisiones clínicas); **IV**: evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia. Las recomendaciones **A** se basan en evidencia I, las **B** en evidencia II o son recomendaciones extrapoladas de I, las **C** en evidencia III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia I o II, las **D** se basan en evidencias IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencia II o III (135).

Sistema AMSTAR: **Alta:** cero o una debilidad no crítica: la revisión sistemática proporciona un resumen preciso y completo de los resultados de los estudios disponibles que abordan la cuestión de interés.**Moderado** - Más de una debilidad no crítica*: La revisión sistemática tiene más de una debilidad, pero ninguna falla crítica. Puede proporcionar un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles que se incluyeron en la revisión. **Bajo:** una falla crítica con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene una falla crítica y es posible que no proporcione un resumen preciso y completo de los estudios disponibles que abordan la pregunta de interés. **Críticamente bajo:** más de una falla crítica con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene más de una falla crítica y no se debe confiar en ella para proporcionar un resumen preciso y completo de los estudios disponibles (140).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 4: ¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Síntesis de la evidencia

Se identificaron 1360 registros en bases de datos, de los cuales se excluyeron 100 duplicados y se tamizaron por título y resumen 1260. Se eligieron 73 documentos para elegibilidad por texto completo, pero se excluyeron 63 por motivos como no incluir el desenlace y la población de interés, o el tipo de estudio no correspondía a revisión sistemática. Finalmente se seleccionaron 10 revisiones sistemáticas para evaluarlas con el instrumento ROBIS.

Cuatro revisiones fueron evaluadas como de riesgo alto (una de depresión, una de autismo, una de ansiedad y otra de trastornos en general) por considerar que tenían fallas en la búsqueda de la literatura o preocupaciones respecto a la síntesis y los resultados. Una revisión sobre salud mental obtuvo una evaluación poco clara y las otras 5 revisiones se calificaron como de bajo riesgo.

En cuanto a las GPC, se realizó la síntesis de la evidencia a partir de 5 GPC que aportaron recomendaciones para trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta, una para depresión, conducta suicida y trastornos alimentarios.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Resultados para la pregunta 4

Tabla 4. Evidencia sobre estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
CENETEC, 2017 GPC México (128)	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	Trastorno de la conducta	El personal de enfermería dialogará con los padres de niños con trastorno de conducta sobre posibles sentimientos de culpa por los problemas de conducta de los hijos, de ser necesario rendará apoyo personal, social y emocional dando liberad de abordar directamente las dudas de los padres.	**Fuerte** *Recomendación tomada de la GPC NICE 2013 (Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention, and management).*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en	Trastorno de la conducta	En las intervenciones relacionadas con el funcionamiento familiar, el personal de enfermería puede recomendar a los padres de familia restar importancia a la mala conducta de los niños y adolescentes, centrándose en reforzar las conductas positivas en lugar de responder a las negativas como estrategia para mejorar el comportamiento de sus hijos.	**Recomendación A (sistema Shekelle)** *Esta recomendación usa un apartado de la discusión del estudio, no directamente sus resultados. Se basó en un experimento clínico aleatorizado con bajo tamaño de muestra y con riesgo de sesgo relacionado con procesos de aleatorización, ocultamiento y*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
	el primer nivel de atención			*evaluación de desenlaces. Por lo tanto esta certeza es muy baja.*	de Salud de Nuevo León.
CENETEC, 2017 GPC México (129)	Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de la conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	Trastorno de ansiedad	El personal de enfermería deberá concientizar a los padres sobre la importancia de la participación activa en el tratamiento de sus hijos, involucrándoles para asegurar el manejo efectivo del tratamiento y de las intervenciones.	**Fuerte** *Recomendación tomada de la GPC NICE 2013 (Social Anxiety disorder: recognition, Assessment and treatment).*	Dirección Estatal de Enfermería y Programa de Vacunación Universal de los Servicios de Salud de Nayarit; Jurisdicción Sanitaria Número 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León.
Schwartz, 2019 RSL Canadá (26)	Six decades of preventing and treating childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis to inform policy and practice	Ansiedad	Se demostró que se pueden hacer inversiones específicas en prevención utilizando programas de TCC que incluyan psicoeducación. En consecuencia, esta intervención debe estar fácilmente disponible para todos los niños en riesgo. La prevención tiene un potencial único: reducir la incidencia de trastornos de ansiedad temprano en la vida y reducir el número de niños que desarrollan trastornos más graves, por lo que los responsables políticos, los profesionales y los investigadores deben priorizarla, junto con el	**Clasificación GRADE: Baja** *Se basó en 8 ensayos clínicos controlados que evaluaron 8 programas de prevención (5 impartidos en colegios y 3 en otros entornos comunitarios) con serio riesgo de sesgo*	The British Columbia Ministry of Children and Family Development

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
			tratamiento. Sin embargo, dados los beneficios relativamente limitados que se encuentran para muchos de los programas de prevención, se debe realizar más investigaciones para aumentar la evidencia.		
Cheung, 2018 GPC Estados Unidos (142)	Guía para la depresión en adolescentes en atención primaria (GLAD-PC): Parte II. Tratamiento y manejo	Depresión (10 a 21 años)	Los médicos de AP deben recomendar tratamientos probados y aprobados científicamente (es decir, psicoterapias, como CBT o IPT-A, y/o tratamiento antidepresivo, como ISRS) siempre que sea posible y apropiado para lograr los objetivos del plan de tratamiento.	**Grado de evidencia: 1; fuerza de la recomendación: muy fuerte.**	GLAD-PC project: REACH Institute, and Bell Canada.
Baourda, 2021 RSL Grecia (154)	Psicoeducación grupal para síntomas de ansiedad en jóvenes: Revisión sistemática y metanálisis	Ansiedad (18 años o menores)	Los análisis mostraron un efecto general de -0,47 (IC del 95 %: -0,75 a -0,19) en la escala de diferencia de medias estandarizada (SMD). Estos resultados sugieren que la psicoeducación puede ser una alternativa prometedora para la prevención y/o tratamiento de los trastornos de ansiedad en jóvenes.	**Clasificación GRADE: baja** *Se incluyó 12 ensayos clínicos controlados (1132 participantes), la mayoría con riesgo de sesgo alto en el enmascaramiento y muestras relativamente pequeñas*	Sin financiación externa
Brandy, 2017 RSL Australia (155)	"La familia importa": una revisión sistemática de la evidencia para la	Depresión (14-85 años)	Los resultados proporcionan evidencia preliminar de que las intervenciones de psicoeducación familiar producen mejores resultados para el funcionamiento del paciente, el	***Clasificación GRADE: Baja*** *Se incluyeron 10 estudios, de los cuales 3 fueron ECA. La mayoría de*	No reportado

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
	psicoeducación familiar en el trastorno depresivo mayor		bienestar de la familia y el cuidador de las personas con depresión.	*los estudios presentaron riesgo de sesgo alto.*	
Powell, 2022 RSL Reino Unido (27)	Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis	TDAH	**Habilidades sociales medidas por los padres.** Se desarrolló una RSL para evaluar el efecto de las intervenciones psicoeducativas sobre las habilidades sociales. A los efectos de esta revisión, la psicoeducación se define como una intervención que "incluye información sobre la enfermedad y su tratamiento, desarrollo de habilidades y empoderamiento del paciente" El resultado del metanálisis mostró una diferencia de medias estandarizada (SMD) de 0.39 (IC 95 % 0.19 – 0.59)	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 5 ECA.* *La mayoría de los estudios tuvieron riesgo de sesgo no claro.* *El Tamaño muestral fue pequeño.*	No se recibió financiación externa
Powell, 2022 RSL Reino Unido	Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People	TDAH	**Habilidades sociales medidas por los profesores.** Se desarrolló una RSL para evaluar el efecto de las intervenciones psicoeducativas sobre las habilidades sociales.	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 5 ECA.* *La mayoría de los estudios tuvieron riesgo de sesgo no claro.*	No se recibió financiación externa

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
	with ADHD: A Meta-Analysis		A los efectos de esta revisión, la psicoeducación se define como una intervención que "incluye información sobre la enfermedad y su tratamiento, desarrollo de habilidades y empoderamiento del paciente" El resultado del metanálisis mostró una diferencia de medias estandarizada (SMD) de 0.32 (IC 95 % 0.10 – 0.54)	*El Tamaño muestral fue pequeño.*	
Álvarez, 2020 GPC USA (11)	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Se recomienda a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida mediante: • Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo • Formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores • Educación a la población general y medios de comunicación • Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y	**Clasificación SIGN: C** *Evidencia derivada de estudios de cohortes o de casos y controles o de estudios de pruebas diagnósticas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
			seguimiento de personas en riesgo de suicidio • Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida • Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en el personal sanitario como en la población general • Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.		
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Se recomienda la implantación de medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio. Entre estas medidas estarían: • Intentar que las páginas con información útil para los pacientes, encaminadas a la prevención o a ofrecer apoyo, aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con términos clave • Regularizar el control de los contenidos de Internet mediante su legislación, implicación de	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
			organizaciones o servicios proveedores • Uso de programas de filtrado para impedir el acceso a determinados foros o blogs.		
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Se recomienda que los programas destinados a la formación de personal no sanitario (profesorado, educadores, bomberos, policías...) aborden fundamentalmente factores de riesgo de conducta suicida, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.	**Clasificación SIGN: C** *Evidencia derivada de estudios de cohortes o de casos y controles o de estudios de pruebas diagnósticas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Dentro de la formación escolar se recomienda la implementación de programas de prevención universal del suicidio, como por ejemplo el programa *Signs of Suicide*, una vez adaptado y contextualizado al entorno sociocultural.	**Clasificación SIGN: C** *Evidencia derivada de estudios de cohortes o de casos y controles o de estudios de pruebas diagnósticas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Se recomienda la implementación de programas de prevención selectiva dirigidos a adolescentes con riesgo de suicidio, como el *Personal Growth Class* o el *Counselors Care*, una vez adaptados y contextualizados.	**Clasificación SIGN: C** *Evidencia derivada de estudios de cohortes o de casos y controles o de estudios de pruebas diagnósticas con bajo riesgo de sesgo y con una*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
				moderada probabilidad de establecer una relación causal	Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave (gatekeeper) para el personal de los centros educativos, orientados a la identificación de alumnos con riesgo de suicidio.	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Álvarez, 2020 GPC USA	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Conducta suicida	Se recomienda ofrecer en Internet información de fácil acceso sobre la conducta suicida y su prevención elaborada específicamente para adolescentes y sus familiares.	**Clasificación SIGN: D** *Evidencia basada en estudios no analíticos, como series y reportes de caso y opinión de expertos.*	Instituto de salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
Robinson, 2018 RSL Australia (156)	What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis	Conducta suicida	Se consideraron intervenciones educativas aquellas que impartieron psicoeducación sobre comportamientos relacionados con el suicidio, enfermedades mentales asociadas con estos comportamientos, signos y síntomas a tener en cuenta y consejos sobre cómo responder. Los componentes educativos de las intervenciones probadas en estos estudios parecían reducir las autolesiones en la posintervención y en	**Clasificación GRADE: bajo** *Incluyó ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados que se consideraron con alto riesgo de sesgo por pérdidas al seguimiento e imprecisión por pequeños tamaños de muestra.*	Future Global Generations Fund and the William Buckland Foundation

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
			el seguimiento, aunque había muy pocos estudios para realizar análisis significativos de subgrupos. También hubo un efecto en la ideación suicida en la posintervención, pero no en el seguimiento. En general, estos resultados indican que las intervenciones psicoeducativas multimodales basadas en la escuela que se combinan con tamizaje tienen el potencial de ser efectivas, sin embargo, la solidez de los hallazgos se ve obstaculizada por la calidad del estudio.		
NICE, 2017 GPC Reino Unido (122)	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno alimentario	Cuando evalúe a una persona con sospecha de trastorno alimentario, averigüe lo que ellos y sus familiares o cuidadores (según corresponda) saben sobre los trastornos alimentarios y aborde cualquier concepto erróneo.	*No hubo búsqueda formal, por tanto no se evaluó calidad de evidencia y se generaron las recomendaciones a partir de consenso de expertos.*	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno alimentario	Ofrecer a las personas con un trastorno alimentario y a sus familiares o cuidadores (según corresponda) educación e información sobre: • la naturaleza y los riesgos del trastorno alimentario y cómo es probable que les afecte •los tratamientos disponibles y sus probables beneficios y limitaciones.		National Institute for Health and Care Excellence

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno alimentario	Al comunicarse con personas con un trastorno alimentario y sus familiares o cuidadores (según corresponda): • ser sensible al hablar sobre el peso y la apariencia de una persona • ser consciente de que los miembros de la familia o los cuidadores pueden sentirse culpables y responsables del trastorno alimentario • mostrar empatía, compasión y respeto • proporcionar información en un formato adecuado para ellos, y comprobar que lo entienden.		National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2017 GPC Reino Unido	Eating disorders: recognition and treatment	Trastorno alimentario	Asegúrese de que las personas con un trastorno alimentario y sus padres o cuidadores (según corresponda) entiendan el propósito de las reuniones y las razones para compartir información sobre su cuidado con los demás.		National Institute for Health and Care Excellence
Goodwin, 2021 RSL Irlanda (157)	The use of film-based interventions in adolescent mental health education: A systematic review	Salud mental en adolescentes	**Estigma en salud mental.** Se llevó a cabo una RSL para evaluar el impacto de las intervenciones basadas en películas para la educación en salud mental dirigida a adolescentes. Un estudio encontró que una intervención basada en video redujo	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 6 estudios observacionales.* *Dos estudios tuvieron alto riesgo de sesgo*	Subvención Creative Ireland, subvención Rethink Ireland y el fondo ESB Energy for Generations.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
			significativamente el autoestigma por buscar ayuda, el estigma social y por buscar ayuda. Esta disminución fue significativamente mayor en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control (p <0,05). En un estudio cuasi-experimental, también se observaron disminuciones significativas en el autoestigma a los 3 meses de seguimiento (p<0,001). Un estudio de antes y después evaluó el impacto del festival de cine “AUSNAHME | CONDICIÓN” sobre la “distancia social” y actitudes de búsqueda de ayuda del público adolescente. Se observaron disminuciones significativas en la distancia social para dos películas: Película titulada "Bonkers", (p <0,001) y Película titulada "Prueba de vida". (p = 0,006). En un estudio de antes y después se observó que los estudiantes tenían el doble de probabilidades de lograr una puntuación alta de distancia social		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
			después del programa de intervención. Específicamente, el 41,5 % logró un 80 % o más en la distancia social en la prueba previa, mejorando al 52,1 % después de la prueba, una diferencia pequeña pero estadísticamente significativa (p = 0,02).		
Goodwin, 2021 RSL Irlanda	The use of film-based interventions in adolescent mental health education: A systematic review	Salud mental en adolescentes	**Conocimiento y comportamiento de búsqueda de ayuda.** Se llevó a cabo una RSL para evaluar el impacto de las intervenciones basadas en películas para la educación en salud mental dirigida a adolescentes. <0,001) y Película titulada "Prueba de vida". (p = 0,006). La intervención de un video de 15 minutos sobre el suicidio, seguida de una discusión de 40 minutos, mostró resultados que descartan la "creencia normal" de que vincular la enfermedad mental con el suicidio "disminuiría la autorrevelación". El programa influyó significativamente en aquellos adolescentes que de otro modo aconsejarían a un amigo suicida sin obtener ayuda (p <0,034) y fomentaría la revelación de pensamientos	**Clasificación GRADE: BAJA** *Se incluyeron 5 estudios observacionales.* *Un estudio tuvo alto riesgo de sesgo, tres tuvieron riesgo moderado.*	Subvención Creative Ireland, subvención Rethink Ireland y el fondo ESB Energy for Generations.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
			personales de suicidio a un compañero (p <0,0067). También hubo un efecto similar en aquellos adolescentes que de otro modo mantendrían en secreto las confidencias suicidas (p <0,0046) y la voluntad de referir a un amigo a un consejero profesional (p <0,0001). Un estudio observó un aumento significativo de las actitudes de búsqueda de ayuda para la depresión a los 3 meses de seguimiento (p = 0,004). Un estudio observó antes del taller que los alumnos tenían más probabilidades de aprobar médicos generales (64,98 %), profesionales/instituciones de salud mental (32,7 %) y familiares (29,9 %) a través de Internet (9,68 %), línea de ayuda (11,52 %). , y amigos (15,67%). Después del taller, los estudiantes pudieron recordar apoyos más específicos. Un ECA encontró que el 87% de los adolescentes no había hablado previamente con un profesional de la salud sobre un problema de salud		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Trastorno	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia[1]	Financiación
			mental. Sin embargo, luego de la proyección de un video de YouTube con una entrevista con un profesional de la salud mental, el 65 % de estas personas dijeron que considerarían hablar con un profesional de la salud sobre cualquier problema de salud mental. Otro estudio observó que las actitudes de búsqueda de ayuda de la audiencia no se vieron afectadas por cuatro de cada cinco películas. La única película que influyó positivamente en las actitudes de búsqueda de ayuda fue Film 2 (Bonkers) (p = 0,049), que estaba dirigida a un público más joven.		

[1]Sistema GRADE: **Alta:** hay una confianza alta en que el verdadero efecto está cercano del estimativo del efecto; **Moderada:** hay una confianza moderada en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que esté cercano al estimativo del efecto, pero hay una posibilidad que sea sustancialmente diferente; **Baja**: la confianza en el estimativo del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto. **Muy baja:** se tiene muy baja confianza en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto (133).

Sistema SIGN: **1++:** Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo; **1+:** Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo; **1-:** Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo; **2++:** Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal; **2+**: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal; **2-**: Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal; **3:** Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos; **4:** Opinión de expertos. *Fuerza de las recomendaciones*: **A**: al menos un metanálisis, revisión sistemática, o ECA de nivel 1++, y directamente aplicables a la población objetivo; o cuerpo de evidencia constituida principalmente de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados. **B:** cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+. **C:** cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

objetivo y que demuestren consistencia global en los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++. **D:** evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+. **Puntos de buena práctica**: mejor práctica recomendada basada en la experiencia clínica del grupo desarrollador de la guía. (134)

Sistema de Shekelle: **Ia:** evidencia de metanálisis de estudios clínicos; **Ib:** evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio; **IIa**: evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización; **IIb**: al menos otro estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte; **III**: evidencia de un estudio descriptivo no experimental (comparativos, de correlación, casos y controles y revisiones clínicas); **IV**: evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia. Las recomendaciones **A** se basan en evidencia I, las **B** en evidencia II o son recomendaciones extrapoladas de I, las **C** en evidencia III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia I o II, las **D** se basan en evidencias IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencia II o III (135).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.9 Anexo 9. Informe de participación panel de definición de lineamientos

Introducción

"La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen" (1). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (1).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (2). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos; en términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (3).

Copia No Controlada

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad y quien no hace parte del grupo desarrollador (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Objetivo

Realizar consenso formal de expertos para la definición de Lineamientos de orientación clínica para la valoración inicial y abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes con afectaciones en salud mental

Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés), estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan, y que serán afectados por la decisión, o como aquellos grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política de ETES (5). El mapeo inicia con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolla en tres momentos: en un primer momento, se identifican las sociedades a incluir en el proceso; en un segundo momento, se hace la verificación de los delegados de dichas sociedades, buscando asegurar la representatividad y la adecuada participación; y en un tercer momento, se adoptan acciones correctivas, en caso de que ni la participación de los delegados, ni la representatividad de los actores esté asegurada.

Copia No Controlada

A continuación, se describen las actividades adelantadas.

Identificación de los actores

La convocatoria de participación se inició a partir de la definición las sociedades científicas requeridas para el proceso:

- Consejo Nacional de Trabajo Social
- Colegio Colombiano de Psicólogos - COPSIC
- Asociación Colombiana de Psiquiatría – ACP
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC
- Organización Colegial de Enfermería – OCE
- Federación Odontológica Colombiana - FOC
- Asociación Nacional de Internos y Residentes – ANIR
- Colegio Médico Colombiano – CMC
- Hospital Universitario San Ignacio

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Convocatoria

Con esta identificación, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados de esta sociedad científica. Luego de tener la respuesta de los delegados, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso. Para asegurar mayor representatividad, también se contactaron expertos individuales con conocimiento en el tema.

Desarrollo de los espacios de participación

A continuación, se presenta la trazabilidad de la participación de los delegados de las sociedades convocadas:

Copia No Controlada

Tabla 1. Actores invitados y asistentes como expertos del grupo desarrollador

No.	Organización	Delegado	Perfil
1	Experto Independiente	Catalina Ayala Corredor	Médica cirujana. Especialista en psiquiatría de infancia y adolescencia.
2	Experto Independiente	Camila Patiño Sarmiento	Psicóloga experta en infancia y adolescencia.

Fuente: IETS, 2021

Panel de presentación de la evidencia, definición de los Lineamientos, alcance y votación de los mismos

Posterior a la conformación del grupo desarrollador, se procedió con el primer panel de expertos: los delegados de las sociedades científicas convocadas participaron en la primera sesión de panel el día 3 de marzo de 2022 a las 6:00 PM. El panel se llevó a cabo por la plataforma de Zoom. La agenda fue la siguiente:

- Presentación del alcance y dimensiones propuestas
- Presentación de la Evidencia
- Apertura a comentarios y retroalimentación de los asistentes.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

El objetivo de este panel fue realizar consenso de expertos, conforme a la evidencia presentada para cada uno de los lineamientos y la votación del primer lineamiento.

A continuación, se presenta la tabla de trazabilidad de la asistencia al panel:

Tabla 2. Trazabilidad asociaciones y delegados asistentes al primer panel

No	Sociedad / Asociación	Delegado	Perfil	Participa Sí / No
1	Federación Odontológica Colombiana - FOC	Maritza Roa Gómez	Odontóloga. Especialista en Salud y Auditoria	Sí
2	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC	Gloria Stella Urbano Franco	Enfermera. Especialista en Administración de la Salud y Especialización en Salud Mental y psiquiatría	Sí
3		Néstor Camilo Castiblanco	Enfermero. Magister en Salud Mental Comunitaria	Sí
4	Organización Colegial de Enfermería-OCE	Luz Carime Correa	Enfermera. Especialista en Terapias Alternativas, Auditoria, Seguridad y Salud en el Trabajo	Sí
5		Nathalia Andrea Herrera Bazurto	Enfermera. Magister en Salud Mental	Sí
6		María Marlen Catama Ramos	Enfermera. Master en Cuidados Especializados en Pediatría. Doctorado en Ciencias de la Educación	Sí
7	Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic)	Ever José López Cantero	Psicólogo. Magister en derecho, profundización en Sociología y Política Criminal. Doctorado en Psicología	Sí
8	Experto Independiente	María del Pilar Charris	Médico cirujano, psiquiatra y psiquiatra de niños y adolescentes	Sí
9	Experto Independiente	José Francisco Cepeda Torres	Médico especialista en Psiquiatría de Niños y Adolescentes	Sí
10	Experto Independiente	Nohora Cristina Guavita Rozo	Enfermera. Magister en Salud Mental	Sí

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

11	Experto Independiente	Liliana Romero León	Magister en Salud Mental Comunitaria	Sí

Fuente: IETS, 2021

El panel concluyó con el consenso entre expertos del contenido del primer lineamiento. Se hace el compromiso de enviar la información a los expertos para previa revisión.

Panel para realizar votación de los lineamientos pendientes.

Luego de la primera sesión de panel en la que se presentó la evidencia, se dio continuidad a la votación de los lineamientos, los delegados de las sociedades científicas y demás expertos clínicos convocados participaron en la segunda sesión de panel que se realizó el día 9 de marzo de 2022 a las 6:00 PM. El panel se llevó a cabo por la plataforma de Zoom. En este panel se presentó:

- Presentación de las preguntas orientadoras pendientes de votación
- Votación y consenso formal para la definición del segundo lineamiento

Copia No Controlada

A continuación, se presenta la trazabilidad de la participación de los delegados de las sociedades convocadas:

Tabla 3. Trazabilidad asociaciones y delegados asistentes al segundo panel

No	Sociedad / Asociación	Delegado	Perfil	Participa Sí / No
1	Experto Independiente	Catalina Ayala Corredor	Médica cirujana. Especialista en psiquiatría de infancia y adolescencia.	Sí
2	Experto Independiente	Camila Patiño Sarmiento	Psicóloga experta en infancia y adolescencia.	Sí
3	Federación Odontológica Colombiana - FOC	Maritza Roa Gómez	Odontóloga. Especialista en Salud y Auditoria	Sí
4	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC	Gloria Stella Urbano Franco	Enfermera. Especialista en Administración de la Salud y Especialización en Salud Mental y psiquiatría	Sí

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5		Néstor Camilo Castiblanco	Enfermero. Magister en Salud Mental Comunitaria	Sí
6	Organización Colegial de Enfermería-OCE	Luz Carime Correa	Enfermera. Especialista en Terapias Alternativas, Auditoria, Seguridad y Salud en el Trabajo	No
7		Nathalia Andrea Herrera Bazurto	Enfermera. Magister en Salud Mental	Sí
8		María Marlen Catama Ramos	Enfermera. Master en Cuidados Especializados en Pediatría. Doctorado en Ciencias de la Educación	Sí
9	Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic)	Ever José López Cantero	Psicólogo. Magister en derecho, profundización en Sociología y Política Criminal. Doctorado en Psicología	No
10	Experto Independiente	María del Pilar Charris	Médico cirujano, psiquiatra y psiquiatra de niños y adolescentes	Sí
11	Experto Independiente	José Francisco Cepeda Torres	Médico especialista en Psiquiatría de Niños y Adolescentes	Sí
12	Experto Independiente	Nohora Cristina Guavita Rozo	Enfermera. Magister en Salud Mental	Sí
13	Experto Independiente	Liliana Romero León	Magister en Salud Mental Comunitaria	Sí

Copia No Controlada

Fuente: IETS, 2021

Panel para discutir y finalizar votación de los lineamientos pendientes

Luego de la segunda sesión de panel en la que se presentó la evidencia, se dio continuidad a la votación de los lineamientos, los delegados de las sociedades científicas y demás expertos clínicos convocados participaron en la tercera sesión de panel que se realizó el día 15 de marzo de 2022 a las 6:00 PM. El panel se llevó a cabo por la plataforma de Zoom. En este panel se presentó:

- Presentación del 3 y 4 lineamiento pendientes de votación

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Votación y consenso formal para la definición de estos dos lineamientos

A continuación, se presenta la trazabilidad de la participación de los delegados de las sociedades convocadas:

Tabla 4. Trazabilidad asociaciones y delegados asistentes al tercer panel

No	Sociedad / Asociación	Delegado	Perfil	Participa Sí / No
1	Experto Independiente	Catalina Ayala Corredor	Médica cirujana. Especialista en psiquiatría de infancia y adolescencia.	Sí
2	Experto Independiente	Camila Patiño Sarmiento	Psicóloga experta en infancia y adolescencia.	Sí
3	Federación Odontológica Colombiana - FOC	Maritza Roa Gómez	Odontóloga. Especialista en Salud y Auditoria	No
4	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC	Gloria Stella Urbano Franco	Enfermera. Especialista en Administración de la Salud y Especialización en Salud Mental y psiquiatría	Sí
5		Néstor Camilo Castiblanco	Enfermero. Magister en Salud Mental Comunitaria	Sí
6	Organización Colegial de Enfermería-OCE	Luz Carime Correa	Enfermera. Especialista en Terapias Alternativas, Auditoria, Seguridad y Salud en el Trabajo	No
7		Nathalia Andrea Herrera Bazurto	Enfermera. Magister en Salud Mental	Sí
8		María Marlen Catama Ramos	Enfermera. Master en Cuidados Especializados en Pediatría. Doctorado en Ciencias de la Educación	Sí
9	Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic)	Ever José López Cantero	Psicólogo. Magister en derecho, profundización en Sociología y Política Criminal. Doctorado en Psicología	Sí

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

10	Experto Independiente	María del Pilar Charris	Médico cirujano, psiquiatra y psiquiatra de niños y adolescentes	Sí
11	Experto Independiente	José Francisco Cepeda Torres	Médico especialista en Psiquiatría de Niños y Adolescentes	Sí
12	Experto Independiente	Nohora Cristina Guavita Rozo	Enfermera. Magister en Salud Mental	Sí
13	Experto Independiente	Liliana Romero León	Magister en Salud Mental Comunitaria	Sí

Fuente: IETS, 2021

Copia No Controlada

El equipo Técnico del proyecto que acompañó el panel, se lista a continuación:

Tabla 5. Equipo técnico del proyecto

No.	Nombre	Perfil
1	Juan Vargas González	Director de Epidemiología - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
2	Eliana Rodríguez	Epidemióloga - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
3	Fabio Sierra Matamoros	Epidemiólogo - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
4	Adriana Peñuela Sánchez	Epidemióloga - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
5	Carlos Hernán Calderón Franco	Epidemiólogo - Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Gestión de Tecnologías
6	Lorena Mesa	Líder de la Unidad de Métodos Cualitativos e Investigación Social
7	Lina Herrera Morales	Auxiliar Administrativo
8	Sandra Bernal	Asistente de Participación Unidad de Métodos Cualitativos e investigación Social

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Una vez presentados los resultados de la votación para cada uno de los lineamientos, se realizó una sesión de comentarios y preguntas relacionadas con el tema, las cuales fueron resueltas sin ninguna novedad adicional por parte del grupo técnico.

Aplicación de la Política de transparencia del IETS

Para garantizar la transparencia de los procesos, conforme lo establecido en la normatividad, todos los actores involucrados en los diferentes proyectos adelantados por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) deben declarar sus intereses, mediante el diligenciamiento del formato establecido para ello, disponible en la página web del Instituto en el siguiente enlace: http://herramientas.iets.org.co/declaracion/home.aspx. En este enlace, además de anexar una copia de su hoja de vida actualizada, se firma el acuerdo de confidencialidad.

Copia No Controlada

Los formatos diligenciados con los intereses declarados por los participantes de cada proyecto son analizados por un comité conformado para tal fin, el cual emite una calificación sobre los potenciales intereses en conflicto identificados, estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados y de acuerdo con la calificación define el alcance de la participación de los actores en el proceso. A continuación, se detallan las categorías de participación:

Tabla 4. Categorías de participación

Alcance de la participación	
Participación completa – Categoría A	Se permite la participación en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida.
Limitación parcial – Categoría B	Se limita su participación a los procesos en los que se identifique que su intervención no estará afectada por los intereses declarados.
Exclusión – Categoría C	Se excluye de participar en cualquiera de las etapas del proceso independiente del tema que se esté tratando.

Fuente: Elaborado a partir de Beltrán, E. (6).

Para el caso particular, a todos los delegados se les asignó la categoría de participación A.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.10 Anexo 10. Resultados de la votación de los lineamientos

En este anexo, se describe el detalle del proceso llevado a cabo para la definición de lineamientos, este consistió en la presentación de un lineamiento propuesta basado en la evidencia consultada y presentada en el anexo 8, sobre el cual los miembros del panel opinaban sobre la pertinencia de la propuesta o si se requería algún tipo de modificación, una vez se agotaban los comentarios se procedía a realizar la votación y definición de los lineamientos.

A continuación, se detalla este proceso para cada pregunta.

Copia No Controlada

Pregunta 1: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con las afecciones mentales en niños, niñas y adolescentes?

Lineamiento propuesto	1. Se debe indagar sobre los siguientes factores de riesgo para afecciones en salud mental en niños, niñas y adolescentes: • Dificultades reiterativas o persistentes para afrontar problemas. • Factores de riesgo psicosociales como: dificultades económicas de los familiares o cuidadores de los niños, niñas y adolescentes; desplazamiento forzado de su lugar de origen; población vulnerable: étnicos, cultural. • Aspectos de crianza como sobreprotección o abandono o formas de maltrato infantil que incluyen violencia intrafamiliar, exposición a pornografía, abuso sexual, maltrato físico, emocional o psicológico. • Si han enfrentado duelo por la muerte de los padres, cuidadores o seres queridos; eventos indeseables recientes de la vida como el divorcio o la separación de los padres, cambio de escuela, llegada de un nuevo hermano o una experiencia muy decepcionante o traumática. • Tabaquismo, consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. • Si en los entornos escolares está ocurriendo cualquier tipo de violencia como intimidación o acoso entre iguales, amenazas, luchas o agresiones con o sin armas. 2. Ante el hallazgo de alguno de ellos, se debe realizar una tamización para afecciones de la salud mental como se indica en la pregunta 2.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

3. El perfil de riesgo debe registrarse en la historia clínica de los niños, niñas y adolescentes.

Trastornos de ansiedad

4. Indagar por pacientes que evitan la escuela, actividades sociales o de grupo, o que en situaciones sociales son irritables y/o excesivamente tímidos.

5. Preguntar por cambios en el rendimiento académico o en actividades que realizaba anteriormente, a causa de ansiedad o miedo.

Trastorno de depresión

6. El personal de salud debe indagar por antecedentes de episodios depresivos previos, antecedentes familiares, otros trastornos psiquiátricos, quejas somáticas frecuentes.

Trastornos de conducta

7. El personal de salud debe indagar por antecedentes familiares como ingesta de alcohol, tabaquismo y en general antecedentes perinatales como prematurez, consumo de SPA, inasistencia a controles prenatales.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

8. Indagar si las siguientes condiciones están presentes pues se consideran factores de riesgo para el TDAH en niños, niñas y adolescentes:

- Nacidos pretérmino.
- Institucionalizados (niños, niñas y adolescentes tutelados).
- Diagnosticados con trastorno opositor desafiante.
- Diagnosticados con trastorno de conducta o con trastornos del estado de ánimo.
- Presencia de familiar cercano diagnosticado con TDAH.
- Antecedente patológico personal de epilepsia o trastornos del neurodesarrollo (por ejemplo, trastorno del espectro autista, trastornos del tic, discapacidad de aprendizaje y dificultades de aprendizaje específicas.
- Antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas.
- Reportados por el sistema de justicia juvenil
- Antecedente patológico personal de lesión cerebral adquirida.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Trastornos de la conducta alimentaria **9.** Indagar en niños, niñas y adolescentes de 13 a 17 años, que al examen físico evidencie no progresión de la talla o cambios abruptos en el peso, la conformidad de ellos con su figura o cambios en alimentación con la intención de perder de peso. **Conducta suicida** 10. Indagar sobre principales factores de riesgo para conducta suicida: • antecedentes personales como episodios depresivos, intentos de suicidio, consumo de alcohol, abuso de sustancias psicoactivas o comorbilidades psiquiátricas como trastorno bipolar, esquizofrenia o depresión • antecedentes familiares de suicidio y/o • antecedentes de suicidio en el entorno social o escolar.
Comentarios	Se consideró que “población vulnerable” es un término muy ambiguo y por tanto se solicitó especificar a quienes se considera como tal. Se ampliaron las formas de maltrato infantil para incluir aspectos que quedaron sin abordar. Se discute sobre como manejar el paciente en caso de la identificación de uno o más factores de riesgo y por eso se propone una evaluación por psicología o trabajo social ante el hallazgo de algún factor de trastorno en general, o tamización en caso de encontrar un factor para un trastorno especifico.
Lineamiento consensuado	1. Se debe indagar sobre los siguientes factores de riesgo para afecciones en salud mental en niños, niñas y adolescentes: • Dificultades reiterativas o persistentes para afrontar problemas. • Factores de riesgo psicosociales como: dificultades económicas de los familiares o cuidadores de los niños, niñas y adolescentes, presencia de trastornos mentales o consumo de sustancias psicoactivas de padres o cuidadores principales; desplazamiento de su lugar de origen (forzado o por catástrofes naturales); población vulnerable (población LGBTIQ, minorías étnicas, discapacidad física o cognitiva, niños en abandono, niños bajo medidas de protección o seguridad, adolescentes embarazadas entre 14 y 17 años).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Aspectos de crianza como sobreprotección o abandono o formas de maltrato infantil que incluyen violencia intrafamiliar, exposición a pornografía, abuso sexual, discriminación por género, maltrato físico, por negligencia en los cuidados básicos, maltrato emocional o psicológico.
- Si han enfrentado duelo por la muerte de los padres, cuidadores, seres queridos o mascotas; eventos indeseables recientes de la vida como el divorcio o la separación de los padres, cambio de escuela, llegada de un nuevo hermano o una experiencia muy decepcionante o traumática.
- Tabaquismo, consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Si en los entornos escolares está ocurriendo cualquier tipo de violencia como intimidación o acoso entre iguales, amenazas, luchas o agresiones con o sin armas.

Copia No Controlada

2. Ante el hallazgo de uno o más factores de riesgo se sugiere atención por el psicólogo o trabajador social de atención primaria.

3. El perfil de riesgo debe registrarse en la historia clínica de los niños, niñas y adolescentes. Si se encuentra un factor de riesgo para un trastorno específico (ver punto 4 en adelante) debe hacerse tamización específica para ese trastorno.

Trastornos de ansiedad

4. Indagar por pacientes que evitan la escuela, actividades sociales o de grupo, o que en situaciones sociales son irritables y/o excesivamente tímidos.

5. Preguntar por cambios en el rendimiento académico o en actividades que realizaba anteriormente, a causa de ansiedad o miedo.

Trastorno de depresión

6. El personal de salud debe indagar por antecedentes de episodios depresivos previos, antecedentes familiares, otros trastornos psiquiátricos, quejas somáticas frecuentes.

Trastornos de conducta

7. El personal de salud debe indagar por antecedentes familiares como ingesta de alcohol, tabaquismo y en general antecedentes perinatales.

Conducta suicida

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

8. Indagar sobre principales factores de riesgo para conducta suicida:

- Antecedentes personales como episodios depresivos, intentos de suicidio, consumo de alcohol, abuso de sustancias psicoactivas o comorbilidades psiquiátricas como trastorno bipolar, esquizofrenia o depresión
- antecedentes familiares de suicidio y/o
- antecedentes de suicidio en el entorno social o escolar.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

9. Indagar si las siguientes condiciones están presentes pues se consideran factores de riesgo para el TDAH en niños, niñas y adolescentes:

- Nacidos pre término.
- Institucionalizados.
- Diagnosticados con trastorno opositor desafiante.
- Diagnosticados con trastorno de conducta o con trastornos del estado de ánimo.
- Presencia de familiar cercano diagnosticado con TDAH.
- Antecedente patológico personal de epilepsia, trastornos del neurodesarrollo (espectro autista, discapacidad intelectual), trastornos de aprendizaje y trastornos por tics.
- Antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas.
- Reportados por el sistema de justicia juvenil
- Antecedente patológico personal de lesión cerebral adquirida.

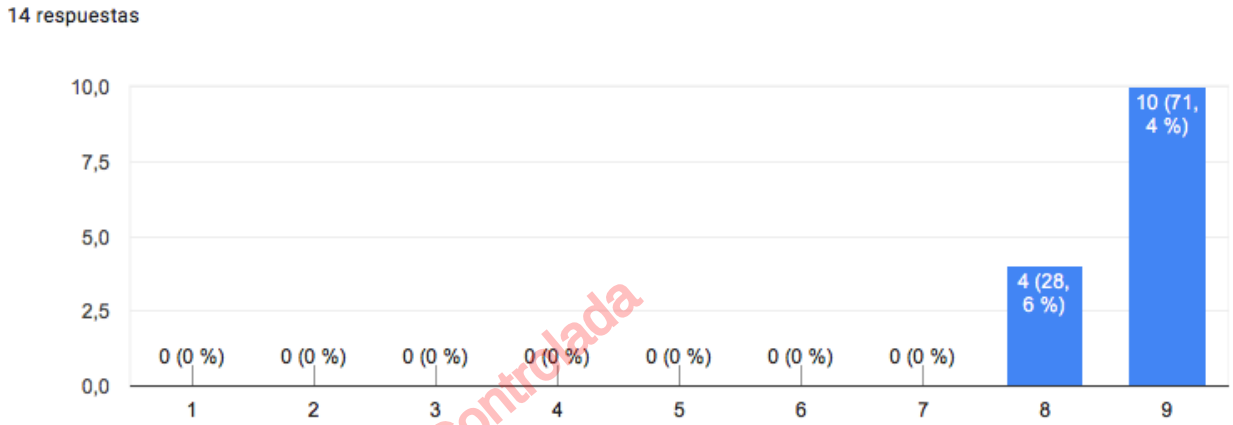
Copia No Controlada

Trastornos de la conducta alimentaria

10. Indagar en niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años, que al examen físico evidencie no progresión de la talla o cambios abruptos en el peso, la inconformidad de ellos con su figura o cambios en alimentación con la intención de perder de peso.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Figura 1. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 1



Resultados: el 100% de los votos (14) estuvo entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 1.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 2: ¿Cuáles son los medios que permiten tamizar trastornos del neurodesarrollo, deficit cognitivo, trastornos del aprendizaje, trastornos del afecto y trastornos de la conducta en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con factores de riesgo?

Lineamiento propuesto	1. Si se sospecha de alguno de los siguientes trastornos en niñas, niños y adolescentes, como a sus padres o cuidadores (en los casos que aplique) podrá emplear las escalas validadas como medio de tamización: • Ansiedad: Escala de Ansiedad Infantil (SCARED) • Depresión: BECK/ CDI • TDHA: Test de Cooners • Trastorno de conducta: **Trastorno de ansiedad** 2. Evaluar e indagar por signos y síntomas de alarma en niñas, niños y adolescentes, por ejemplo: irritabilidad; cambios en actividades sociales o escolares; timidez, problemas en el sueño: insomnio de conciliación o inicio tardío, sonambulismo, despertares nocturnos; ansiedad excesiva por su rendimiento escolar, deportivo, así como de su propia seguridad, la de su familia y/o temor a conocer gente nueva y al rechazo de sus amigos. 3. Se podrán emplear cuestionarios de psicopatología general (RQC) para la tamización de comorbilidades psiquiátricas. **Trastornos de conducta** 4. Descartar que el comportamiento agresivo ante determinadas situaciones pueda deberse al uso de sustancias psicoactivas que puedan provocar estos síntomas. **Conducta suicida** 5. Preguntar cómo está constituida la red de apoyo, preguntar sobre síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes (perdidas de seres queridos o eventos como divorcio de los padres o cambio de cuidadores) y disponibilidad de métodos auto lesivos (fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o sustancias tóxicas) y en caso de evidenciar intención fuerte de suicidio remitir como urgencia psiquiátrica. **Dificultad en el aprendizaje** 6. Si en el primer nivel se realiza evaluación psicopedagógica esta deberá enfocarse en la detección temprana y en la realización de pruebas cognitivas como

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	instrumento de diagnóstico temprano y no cuando la niña, niño o adolescente presenten bajo rendimiento escolar. **Trastornos de conducta alimentaria** 7. Realizar tamización de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes que presenten signos o síntomas al momento de la anamnesis y del examen físico. Se podrán emplear instrumentos de detección como la escala SCOFF para complementar la tamización y realizar remisión de manera inmediata. 8. La tamización es particularmente importante para aquellos niños, adolescentes con riesgo de emaciación grave, índice de masa corporal (IMC) o peso corporal inusualmente bajo sin aumento de talla, inconformidad por su figura, antecedentes de prácticas alimentarias restrictivas, si la familia o cuidadores informan de un cambio en el comportamiento alimentario o aislamiento social particularmente en situaciones que involucran alimentos, presencia de trastornos menstruales u otros trastornos endocrinos, síntomas gastrointestinales inexplicables, signos físicos de desnutrición (que incluyen mala circulación, mareos, palpitaciones, desmayos o palidez) o de comportamientos compensatorios (que incluyen el uso indebido de píldoras laxantes o dietéticas, vómitos o ejercicio excesivo) desgaste dental atípico (como erosión). Como complemento de tamización se podrá emplear la escala SCOFF.
Comentarios	Se ampliaron los signos y síntomas que pueden detectarse en niños, niñas y adolescentes y que pueden ser indicativos de que el paciente sufre trastorno de ansiedad. Se cambió el término ansiedad excesiva por preocupación excesiva. Se sugirió ampliar el rechazo de sus amigos a estar lejos de sus figuras representativas ya sean los padres o los cuidadores. Igualmente se incluyó, además de la agresividad otro grupo de comportamientos dentro del trastorno de conducta que podrían deberse también al consumo de sustancias psicoactivas: autolesión, lesión a otros, ausentismo escolar, conducta desafiante, conductas delictivas e inestabilidad emocional. El paciente puede tener red de apoyo, pero esta puede no estar disponible al necesitarla, por lo tanto, debe hacerse énfasis en si es efectiva, no solo en si existe. Se ampliaron algunos eventos que pueden desencadenar conducta suicida y se eliminó la palabra “grave” para describir ideación suicida, ya que por si solo el término ya lo indica. Así mismo el término “intención fuerte” se cambió a ideación o plan estructurado. También, se llega al acuerdo que el personal de salud debe preguntar explícitamente por intención de suicidio ya que, si existe, el paciente debe ser remitido a urgencias psiquiátricas. Otro de los signos que puede orientar en la tamización de conducta suicida son los cambios en el estado de ánimo, dejar

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	de realizar actividades de su gusto, presentar aislamiento social y antecedentes de intentos. Ante dificultades en el aprendizaje se propone utilizar herramientas de diagnóstico temprano como pruebas cognitivas, teniendo en cuenta las consideraciones propias de estos instrumentos.
Lineamiento consensuado	**Trastornos generales** 1. Si se sospecha alguno de los siguientes trastornos en niñas, niños y adolescentes, como a sus padres o cuidadores (en los casos que aplique) podrá emplear escalas[3] validadas como medio de tamización. **Trastorno de ansiedad** 2. Evaluar e indagar por signos y síntomas de alarma en niñas, niños y adolescentes por ejemplo: irritabilidad; cambios en actividades sociales o escolares; timidez, hiperactividad; malestares de tipo gastrointestinal (disminución o aumento de ingesta con repercusión en el peso), respiratorio (sensación de ahogo), autolesiones, dificultad para poner atención, concentrarse y tomar decisiones (cefalea y tensión muscular); regresión del desarrollo; problemas en el sueño: insomnio de conciliación o inicio tardío, sonambulismo, despertares nocturnos; preocupación excesiva por su rendimiento escolar, deportivo, así como de su propia seguridad, la de su familia y/o temor a conocer gente nueva, al rechazo de sus amigos y a estar lejos de sus figuras representativas ya sean los padres o cuidadores. 3. Se podrán emplear cuestionarios de psicopatología general (RQC) para la tamización de comorbilidades psiquiátricas **Trastornos de conducta** 4. Descartar que el comportamiento agresivo, autolesión, lesión a otros, ausentismo escolar, conducta desafiante, conductas delictivas (robo), inestabilidad emocional ante determinadas situaciones pueda deberse al uso de sustancias psicoactivas que puedan provocar estos síntomas. **Conducta suicida**

Copia No Controlada

[3] Ejemplos de escalas: ansiedad: Escala de Ansiedad Infantil (SCARED) o Escala de Ansiedad Multidimensional para la Infancia (MASC); depresión: BECK/ CDI; TDHA: Test de Conners; trastorno de conducta: cuestionarios de conducta de Conners.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5. Indagar sobre la red de apoyo y si es efectiva, preguntar sobre síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), antecedentes de intentos así como eventos estresantes (pérdidas de seres queridos, de la pareja, de grupo, eventos como divorcio de los padres o cambio de cuidadores), establecer si el niño ha tenido cambios en su estado de ánimo, además de dejar de realizar actividades de su gusto y presentar aislamiento social y disponibilidad de métodos auto lesivos (fácil acceso a armas de fuego, objetos cortantes, medicamentos, sustancias tóxicas u otros elementos que puedan representar riesgo).

6. Pregunte directamente por intención de suicidio (ideación o plan estructurado) y en caso de evidenciarla, remitir a urgencias de psiquiatría

Dificultad en el aprendizaje

7. Si se identifican factores de riesgo se debe realizar una evaluación psicopedagógica, ésta deberá enfocarse en la detección temprana y no exclusivamente cuando la niña, niño o adolescente presenten bajo rendimiento escolar. De considerarse necesario, se recomienda la realización de pruebas cognitivas como instrumento diagnóstico temprano, teniendo en cuenta que la aplicación de éstas en un lapso menor a 12 meses puede afectar la validez de los resultados.

Copia No Controlada

Trastornos de conducta alimentaria

8. Realizar tamización de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes que presenten signos o síntomas al momento de la anamnesis y del examen físico. Se podrán emplear instrumentos de detección[4] para complementar la tamización y realizar remisión de manera inmediata.

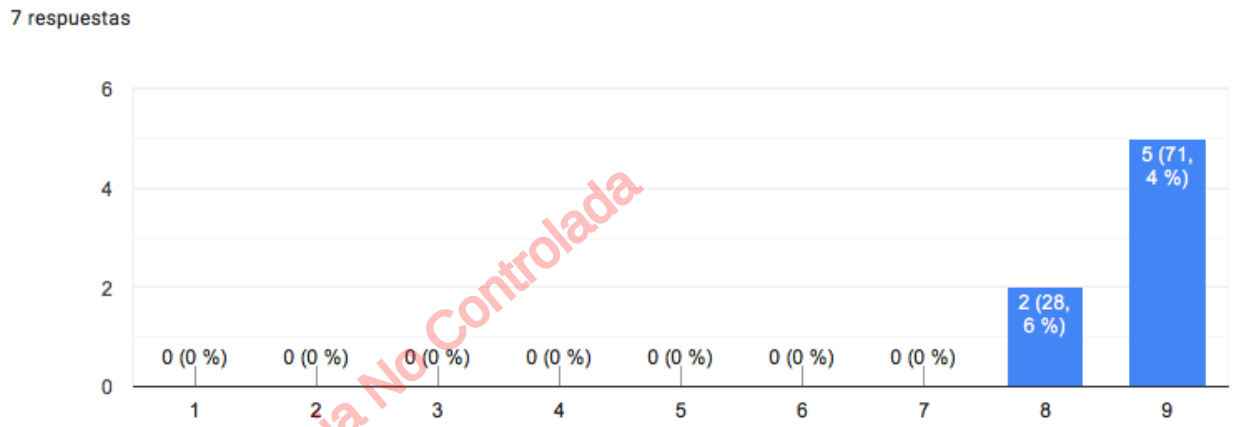
9. Realizar tamización en niños, niñas y adolescentes con riesgo de emaciación grave, índice de masa corporal (IMC) o peso corporal inusualmente bajo sin aumento de talla, inconformidad por su figura, antecedentes de prácticas alimentarias restrictivas, si la familia o cuidadores informan de un cambio en el comportamiento alimentario o aislamiento social particularmente en situaciones que involucran alimentos, presencia de trastornos menstruales u otros trastornos endocrinos asociados con bajo peso o distorsión de la imagen corporal, síntomas gastrointestinales inexplicables, signos físicos de desnutrición (que incluyen mala circulación, mareos, palpitaciones, desmayos o palidez) o de comportamientos

[4] Por ejemplo, la escala SCOFF

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	compensatorios (que incluyen el uso indebido de píldoras laxantes o dietéticas, vómitos o ejercicio excesivo) y desgaste dental atípico (como erosión).

Figura 2. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 2



Copia No Controlada

Resultados: el 100% de los votos (7) estuvo entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 2.

Pregunta 3: ¿Cuáles son las intervenciones integrales que pueden implementar los prestadores primarios de servicios de salud a pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Lineamiento propuesto	1. Si los niños, niñas y adolescentes están recibiendo tratamiento farmacológico, se debe hacer seguimiento y registrar cualquier evento adverso en la historia clínica. 2. Orientar a los padres o cuidadores acerca de la importancia de su participación activa en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los niños, niñas y adolescentes. 3. No iniciar tratamiento farmacológico para afecciones de salud mental en niños, niñas y adolescentes en el primer nivel de atención. **Trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastornos del neurodesarrollo y problemas de conducta**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

4. Para el tratamiento no farmacológico se debe seguir el protocolo de espectro autista del MinSalud (43). No se debe iniciar tratamiento farmacológico en el primer nivel de atención.
5. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe hacer entrenamiento a los padres en habilidades de comunicación efectivas.

Ansiedad

6. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe ofrecer a los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de ansiedad alguna intervención de orientación cognitivo-conductual (que incluya aprendizaje de técnicas de relajación, modificación de respuestas fisiológicas y regulación emocional), terapia de juego, terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica o terapia de apoyo.
7. Proporcionar a los niños, niñas y adolescentes con problemas de sueño o sus acudientes recomendaciones de higiene del sueño y medidas no farmacológicas.

Depresión

8. El tratamiento farmacológico no se debe usar como tratamiento inicial en niños, niñas y adolescentes con depresión leve.
9. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe ofrecer para el tratamiento inicial de niños y niñas con diagnóstico de depresión cualquiera de las siguientes intervenciones: terapia conductual, terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia de juego, terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica o terapia de apoyo.
10. Remitir a un especialista en salud mental a niños, niñas y adolescentes con depresión moderada a grave, o condiciones de riesgo coexistentes como el abuso de sustancias o psicosis. Si tiene ideas estructuradas de muerte, suicidio o psicosis debe ser remitido a urgencias psiquiátricas.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

11. Hacer énfasis en la importancia de una dieta balanceada, una buena nutrición y ejercicio regular para los niños, niñas y adolescentes con TDAH
12. No se debe realizar el diagnóstico inicial de TDAH en niños o jóvenes con sospecha, ni iniciar la medicación.
13. Si un paciente menor de edad con TDAH presenta un episodio maniaco o psicótico agudo, debe suspender la medicación inmediatamente y remitir para valoración por urgencias de psiquiatría.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Conducta suicida

14. En caso de **ideación suicida** en niños, niñas o adolescentes, remitir urgente al servicio de salud mental, si se encuentra: presencia de trastorno mental grave, conducta autolesiva grave reciente, plan de suicidio elaborado, expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista, situación socio-familiar de riesgo o falta de apoyo, duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.
15. Luego de un **intento de suicidio**, evaluar las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de remisión a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones o complicaciones orgánicas.
16. Luego de un **intento de suicidio** realizar, cuando sea posible, una valoración que incluya: características del intento, intentos autolesivos previos, factores sociodemográficos, trastornos mentales asociados, antecedentes familiares y red de apoyo y valoración por psiquiatría previa al egreso de observación de urgencias/hospitalización.
17. En caso de **intento de suicidio** en niños, niñas o adolescentes, remitir urgente a un servicio de urgencias hospitalario (urgencias generales), si se encuentra: necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas no susceptibles de ser atendidas en atención primaria, intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).
18. En caso de **intento de suicidio**, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental.

Trastornos de la conducta alimentaria

19. Remitir a urgencias a los niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario si presentan alguna de las siguientes condiciones: desequilibrio electrolítico grave, desnutrición grave, deshidratación grave, signos de insuficiencia orgánica incipiente.
20. Remitir a los niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario a valoración por servicio de salud mental (psicología o psiquiatría).
21. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe considerar la realización de las siguientes intervenciones: terapia basada en la familia o terapia cognitivo-conductual. Si no cuenta con este profesional debe remitir a valoración por servicio de salud mental (psicología, trabajo social o psiquiatría).
22. Todo paciente con Anorexia nerviosa debe tener una intervención familiar como parte fundamental de su tratamiento.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	23. Todo paciente con Anorexia nerviosa debe ser remitido para valoración nutricional completa. 24. Una vez se logre el control de los síntomas agudos debe continuarse el seguimiento e intervención en prevención de recaídas, reestructuración cognitiva, regulación emocional, habilidades sociales, imagen corporal y autoconcepto. 25. Para los adolescentes con un trastorno alimentario que necesitan suplementos para restablecer el equilibrio de electrolitos, ofrecerlos por vía oral a menos que la persona tenga problemas con la absorción gastrointestinal o que la alteración de los electrolitos sea grave. 26. Orientar a los niños, niñas, adolescentes con trastornos alimentarios y sus familiares o cuidadores, acerca de los riesgos de las conductas alimentarias inadecuadas presentes y de las acciones para corregirlas. 27. Remitir a valoración por pediatría o endocrinología a niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario y retraso en el desarrollo físico o crecimiento inestable o con amenorreas prolongadas. 28. El control mínimo de seguimiento para un paciente con anorexia nerviosa sin riesgo vital debe incluir: peso o IMC (ajustado por edad si corresponde), presión arterial, análisis de sangre pertinentes, cualquier problema con el funcionamiento diario, evaluación del riesgo (relacionado con la salud física y mental), un ECG para personas con conductas de purga y/o cambios significativos de peso, una discusión de las opciones de tratamiento; la frecuencia de estas consultas dependerá de la estabilidad en peso o IMC y de los hallazgos clínicos y paraclínicos. 29. En el tratamiento de la anorexia nerviosa ofrecer las recomendaciones que permitan a las personas alcanzar un peso corporal e IMC saludables para su edad pues este es un objetivo clave para apoyar otros cambios psicológicos, físicos y mejorar la calidad de vida. **Discapacidad cognitiva y trastornos de aprendizaje** 30. Incentivar la participación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad o trastorno de aprendizaje en actividades que incrementen la actividad física, programas de entrenamiento para el desarrollo de habilidades, o cualquier actividad lúdica de gusto o interés. 31. En niños, niñas y adolescentes con discapacidad o trastornos del aprendizaje remitir a servicio de terapia ocupacional, terapia del lenguaje, psicología y neuropsicología, cuando lo necesite.
Comentarios	En el lineamiento 1 se sugirió incluir en el registro de la historia clínica, además de eventos adversos si se presenta o no respuesta. En el lineamiento 5, además

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	de hacer entrenamiento en habilidades de comunicación se sugirió orientar frente a signos de alarma para consultar en instituciones especializadas o por manejo prioritario. El lineamiento 10 fue modificado para que el profesional de primer nivel de atención no deba determinar la gravedad de la depresión sino remitir en caso de detectar un episodio de depresión. El lineamiento 12 fue modificado para hacer explícito que además de no hacer el diagnóstico se debe remitir a nivel especializado para que se realice.
Lineamiento consensuado	1. Si los niños, niñas y adolescentes están recibiendo tratamiento farmacológico, se debe hacer seguimiento y registrar en la historia clínica cualquier evento adverso y si se presenta o no respuesta. 2. Orientar a los padres o cuidadores acerca de la importancia de su participación activa en el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes. 3. No iniciar tratamiento farmacológico para afecciones de salud mental en niños, niñas y adolescentes en el primer nivel de atención. **Trastorno del espectro autista, trastornos del neurodesarrollo y problemas de conducta** 4. No se debe realizar el diagnóstico inicial de trastorno del espectro autista o neurodesarrollo, en niños o jóvenes con sospecha, ni iniciar la medicación. Remitir a especialista para que él realice este proceso. 5. Para el tratamiento no farmacológico se debe seguir el protocolo de espectro autista del MinSalud*. No se debe iniciar tratamiento farmacológico en el primer nivel de atención. 6. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe hacer entrenamiento a los padres en habilidades de comunicación efectivas y orientar frente a signos de alarma para consultar en instituciones especializadas o por manejo prioritario. **Ansiedad** 7. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe ofrecer a los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de ansiedad alguna intervención de orientación cognitivo-conductual (que incluya aprendizaje de técnicas de relajación, modificación de respuestas fisiológicas y regulación emocional), terapia de juego, terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica o terapia de apoyo, e integrar a los padres o cuidadores permanentes para que apoyen el proceso de la intervención. 8. Proporcionar a los niños, niñas y adolescentes con problemas de sueño o sus acudientes recomendaciones de higiene del sueño y medidas no farmacológicas.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Depresión

9. El tratamiento farmacológico no se debe usar como tratamiento inicial en niños, niñas y adolescentes con depresión leve.
10. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental, este debe ofrecer para el tratamiento inicial de niños y niñas con diagnóstico de depresión cualquiera de las siguientes intervenciones: terapia conductual, terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia de juego, terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica o terapia de apoyo.
11. Remitir a psiquiatría infantil a niños, niñas y adolescentes con episodio depresivo mayor, o condiciones de riesgo coexistentes como el abuso de sustancias o psicosis. Si tiene ideas estructuradas de muerte, suicidio o psicosis debe ser remitido a urgencias psiquiátricas.
12. Verificar que se esté realizando el seguimiento que el especialista en salud mental determine.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

13. Hacer énfasis en la importancia de una dieta balanceada, una buena nutrición y ejercicio regular para los niños, niñas y adolescentes con TDAH
14. No se debe realizar el diagnóstico inicial de TDAH en niños o jóvenes con sospecha, ni iniciar la medicación. Remitir a neuropediatría o psiquiatría infantil para realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento requerido.
15. Si un paciente menor de edad con TDAH presenta un episodio maniaco o psicótico agudo, debe suspender la medicación inmediatamente y remitir para valoración por urgencias de psiquiatría.

Conducta suicida

16. En caso de **ideación suicida** en niños, niñas o adolescentes, remitir urgente al servicio de salud mental, si se encuentran: presencia de trastorno mental grave, conducta autolesiva grave reciente, plan de suicidio elaborado, expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista, situación socio-familiar de riesgo o falta de apoyo, duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.
17. Luego de un **intento de suicidio**, evaluar las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de remisión a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones o complicaciones orgánicas.
18. Luego de un **intento de suicidio** realizar, cuando sea posible, una valoración que incluya: características del intento, intentos autolesivos previos, factores de riesgo de reincidencia (violencia intrafamiliar, acoso escolar, abuso sexual, discriminación, consumo de SPA, pérdida afectiva, suicidios cercanos recientes,acceso a elementos potencialmente letales), ,

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

trastornos mentales asociados, antecedentes familiares y red de apoyo (pobre supervisión parental).

19. Asegurar una valoración por psiquiatría previo al agreso de la atención derivada de un intento de suicidio. De no ser posible, remitir a urgencias psiquiátricas.

Trastornos de la conducta alimentaria

20. Remitir a urgencias a los niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario si presentan alguna de las siguientes condiciones: desequilibrio electrolítico grave, desnutrición grave, deshidratación grave, signos de insuficiencia orgánica incipiente.
21. Remitir a los niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario a valoración por servicio de salud mental (psicología o psiquiatría).
22. Si el equipo de atención en el primer nivel cuenta con profesional en salud mental (psicología, trabajo social, enfermería especializada en salud mental), este debe considerar la realización de las siguientes intervenciones: terapia basada en la familia o terapia cognitivo-conductual. Si no cuenta con este profesional debe remitir a valoración por servicio de salud mental (psicología, trabajo social o psiquiatría).
23. Todo paciente con anorexia nerviosa debe tener una intervención familiar como parte fundamental de su tratamiento.
24. Todo paciente con anorexia o bulimia nerviosa debe ser remitido para valoración nutricional completa.
25. Una vez se logre el control de los síntomas agudos debe continuarse el seguimiento e intervención en prevención de recaídas, reestructuración cognitiva, regulación emocional, habilidades sociales, imagen corporal y autoconcepto.
26. Para los adolescentes con un trastorno alimentario que necesitan suplementos para restablecer el equilibrio de electrolitos, ofrecerlos por vía oral a menos que la persona tenga problemas con la absorción gastrointestinal o que la alteración de los electrolitos sea grave.
27. Orientar a los niños, niñas, adolescentes con trastornos alimentarios y sus familiares o cuidadores, acerca de los riesgos de las conductas alimentarias inadecuadas presentes y de las acciones para corregirlas.
28. Remitir a valoración por pediatría o endocrinología a niños, niñas y adolescentes con un trastorno alimentario y retraso en el desarrollo físico o crecimiento inestable o con amenorrea.
29. El control mínimo de seguimiento para un paciente con anorexia o bulimia nerviosa sin riesgo vital debe incluir: peso o IMC (ajustado por edad si

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

corresponde), presión arterial, análisis de sangre pertinentes, cualquier problema con el funcionamiento diario, evaluación del riesgo (relacionado con la salud física y mental), un ECG para personas con conductas de purga y/o cambios significativos de peso, una discusión de las opciones de tratamiento; la frecuencia de estas consultas dependerá de la estabilidad en peso o IMC y de los hallazgos clínicos y paraclínicos.

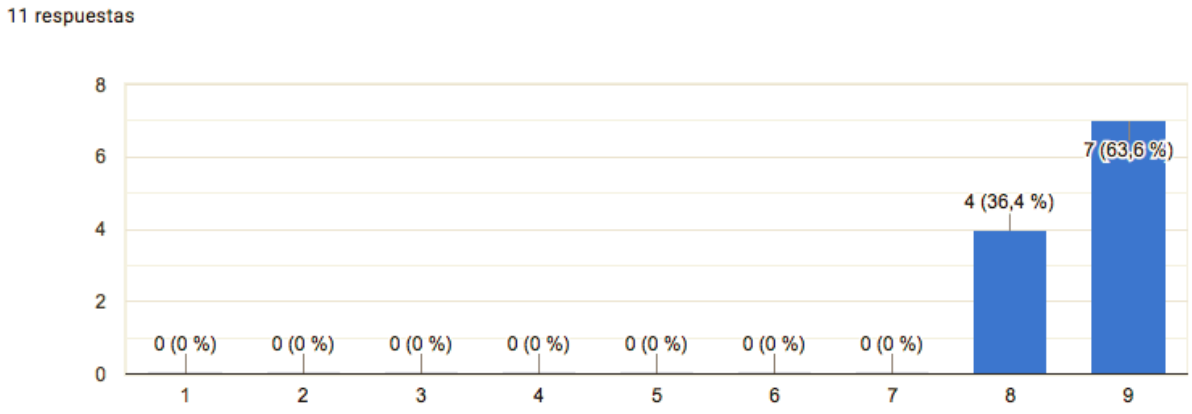
30. En el tratamiento de la anorexia nerviosa ofrecer las recomendaciones que permitan a las personas alcanzar un peso corporal e IMC saludables para su edad pues este es un objetivo clave para apoyar otros cambios psicológicos, físicos y mejorar la calidad de vida.

Discapacidad cognitiva y trastornos de aprendizaje

31. Incentivar la participación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad o trastorno de aprendizaje en actividades que incrementen la actividad física, programas de entrenamiento para el desarrollo de habilidades, o cualquier actividad lúdica de gusto o interés.
32. En niños, niñas y adolescentes con discapacidad o trastornos del aprendizaje remitir a servicio de terapia ocupacional, terapia del lenguaje, psicología y neuropsicología, cuando lo necesite.
33. Incentivar el acceso de los niños, niñas y adolescentes a la educación escolar en una institución acorde a su diagnóstico o grado de discapacidad, y que cuente con los ajustes razonables que requiera

Copia No Controlada

Figura 3. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 3



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Resultados: el 100% de los votos (11) estuvo entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 3.

Pregunta 4: ¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas que permitirían fortalecer las habilidades mínimas del paciente, las familias y los cuidadores para el éxito del tratamiento de pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia con afecciones de salud mental?

Lineamiento propuesto	**Psicoeducación para trastornos mentales en general** 1. Concientizar a los padres de niños y adolescentes con trastornos de salud mental sobre la importancia de la participación activa en el tratamiento de sus hijos, involucrándoles para asegurar el manejo efectivo del tratamiento y de las intervenciones. 2. Debe proporcionar información sobre la enfermedad y su tratamiento (expectativas y posibles eventos adversos) y asegurarse que los niños, niñas y adolescentes así como sus padres o cuidadores lo entiendan; debe tener en cuenta, por lo tanto, características como la edad, formación, etnia, idioma. 3. Promover en padres y cuidadores el desarrollo de factores de protección como autocontrol, relaciones seguras con los cuidadores y habilidades sociales para resolver problemas. 4. Sensibilizar a los padres, cuidadores sobre las serias consecuencias del maltrato infantil o cualquier tipo de violencia ejercida durante la crianza. 5. Si el equipo de atención primaria cuenta con un profesional en salud mental, este debe garantizar que los programas de terapia cognitivo conductual incluyan módulos de psicoeducación y que esta intervención esté fácilmente disponible para todos los niños en riesgo. 6. Eliminar tabúes y estigmas sobre el suicidio, los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda en pacientes y padres de niños, niñas y adolescentes. **Psicoeducación para trastornos de la conducta** 7. Hacer recomendaciones sobre el funcionamiento familiar centrándose en estimular a los padres para que refuercen las conductas positivas en lugar de responder a las negativas como estrategia para mejorar el comportamiento de sus niñas, niños y adolescentes. Sensibilizar a los padres, cuidadores sobre las serias consecuencias del maltrato infantil o cualquier tipo de violencia ejercida durante la crianza. **Trastornos de la alimentación**

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	8. En niñas, niños y adolescentes con trastornos de la alimentación se debe brindar psicoeducación en los riesgos de una alimentación inadecuada, del uso de laxantes o diuréticos con la intención de perder peso, y en higiene oral. **Psicoeducación para conducta suicida** 9. Brindar información adecuada y que cumpla con las normatividades vigentes por OMS Y OPS en cuanto a comportamientos relacionados con el suicidio, enfermedades mentales asociadas con estos comportamientos, signos y síntomas a tener en cuenta y consejos sobre cómo responder. 10. Recomendar a los padres y cuidadores controlar el acceso de niños y adolescentes a determinados foros y blogs en internet con contenido inapropiado.
Comentarios	No se realizaron modificaciones a los lineamientos propuestos.
Lineamiento consensuado	**Psicoeducación para trastornos mentales en general** 1. Concientizar a los padres de niños y adolescentes con trastornos de salud mental sobre la importancia de la participación activa en el tratamiento de sus hijos, involucrándoles para asegurar el manejo efectivo del tratamiento y de las intervenciones. 2. Debe proporcionar información sobre la enfermedad y su tratamiento (expectativas y posibles eventos adversos) y asegurarse que los niños, niñas y adolescentes, así como sus padres o cuidadores lo entiendan; debe tener en cuenta, por lo tanto, características como la edad, formación, etnia, idioma. 3. Promover en padres y cuidadores el desarrollo de factores de protección como autocontrol, relaciones seguras con los cuidadores y habilidades sociales para resolver problemas. 4. Sensibilizar a los padres, cuidadores sobre las serias consecuencias del maltrato infantil o cualquier tipo de violencia ejercida durante la crianza. 5. Si el equipo de atención primaria cuenta con un profesional en salud mental, este debe garantizar que las intervenciones por psicología, trabajo social o enfermería especializada en salud mental incluyan módulos de psicoeducación y que esta intervención esté fácilmente disponible para todos los niños en riesgo. 6. Eliminar tabúes y estigmas sobre el suicidio, los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda en pacientes, padres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes. **Psicoeducación para trastornos de la conducta**

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

7. Hacer recomendaciones sobre el funcionamiento familiar centrándose en estimular a los padres para que refuercen las conductas positivas en lugar de responder a las negativas como estrategia para mejorar el comportamiento de sus niñas, niños y adolescentes. Sensibilizar a los padres, cuidadores sobre las serias consecuencias del maltrato infantil o cualquier tipo de violencia ejercida durante la crianza.

Trastornos de la alimentación

8. En niñas, niños y adolescentes con trastornos de la alimentación se debe brindar psicoeducación en los riesgos de una alimentación inadecuada, del uso de laxantes o diuréticos con la intención de perder peso, y en higiene oral.

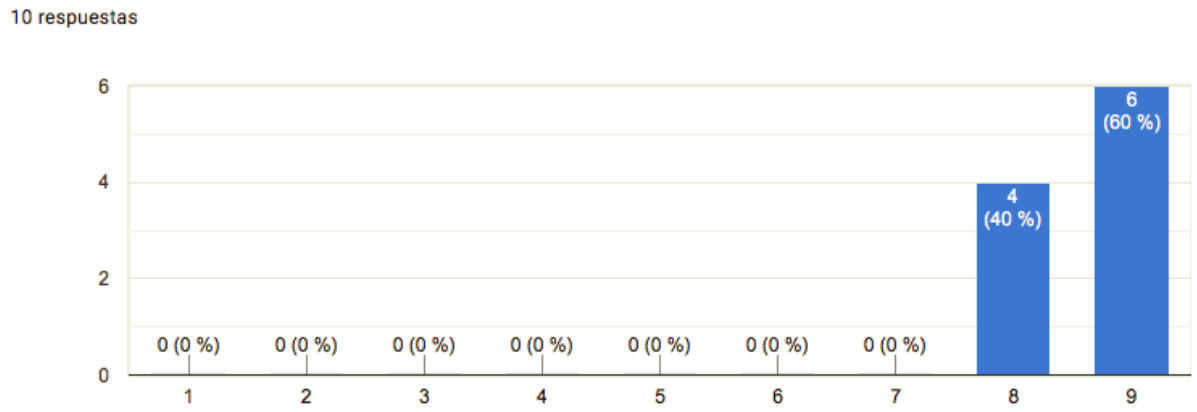
Psicoeducación para conducta suicida

9. Brindar información adecuada y que cumpla con las normatividades vigentes por OMS Y OPS en cuanto a comportamientos relacionados con el suicidio, enfermedades mentales asociadas con estos comportamientos, signos y síntomas a tener en cuenta y consejos sobre cómo responder.

10. Recomendar a los padres y cuidadores controlar el acceso de niños y adolescentes a determinados foros y blogs en internet con contenido inapropiado.

Copia No Controlada

Figura 4: Resultado votaciones lineamientos de pregunta 4



Resultados: el 100% de los votos (10) estuvo entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 4.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.11 Anexo 11: Instrumentos de tamizaje

Se realizaron búsquedas adicionales en Google académico y la plataforma iAHx - Portal Regional de la BVS para recuperar documentos de evaluación de tecnología diagnóstica que realizaran algún tipo de validación de instrumentos de tamización para las condiciones de interés. A continuación, se presenta la información sintetizada:

Tabla 1. Resultados sobre instrumentos que permiten tamizar trastornos del afecto, trastornos de la conducta, trastornos mentales en general, trastornos del desarrollo, trastornos de la conducta alimentaria y conducta suicida en pacientes de primera infancia, infancia y adolescencia

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
Lezama, 2012 (158)	Depresión	Escala de Síntomas Depresivos de Zung (ESD-Z)	4407 hombres y mujeres entre 12 y 18 años, estudiantes de colegios privados, de 5 capitales de Colombia	Se realizó el análisis factorial a los ítems y se obtuvieron cuatro factores (síntomas afectivos, físicos, cognoscitivos y psicológicos) que explican un 43.58% de la varianza y una consistencia interna de 0.548; se realizaron análisis de varianza de una vía, por cada variable sociodemográfica evidenciando diferencias significativas por sexo, edad y estrato	No indicado

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
Villalobos-Galvis, 2012 (159)	Depresión	Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	790 estudiantes de 6 colegios (4 oficiales, 2 privados) con edad promedio 13.8 años, San Juan de Pasto	La escala CES-D presenta una solución bifactorial, en la cual los ítems se agruparon en un factor de depresión (combinación de las escalas originales de ánimo depresivo, somático y social), mientras que los del factor original de bienestar se mantuvieron tal como en la estructura original. Así mismo, la escala total presentó una consistencia interna de 0.89, mientras que los factores tuvieron un alfa de Cronbach de 0.9 (depresión) y 0.75 (bienestar).	Indicada
Rueda-Jaimes, 2008 (160)	Depresión	Versión breve y ultracorta de Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CED-D)	390 estudiantes de 13 a 17 años de diferentes colegios de Bucaramanga	Para la escala breve el alfa de Cronbach fue 0,86 y el coeficientes de Lin, 0,77. El área bajo la curva ROC, 0,83; con sensibilidad del 77,8% y especificidad del 74,1%. Dos factores explicaron el 55,8% de la variancia. Para la escala ultracorta el alfa de Cronbach fue 0,76 y el coeficiente de Lin, 0,74. El área bajo la curva ROC fue 0,80, con una sensibilidad del 75,56% y una especificidad del 70,67%. Un factor explicó el 68,19% de la variancia.	Escala breve y ultracorta son indicadas, aunque la ultracorta no preserva la estructura factorial de la original.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
Camacho, 2009 (161)	Depresión	Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	390 adolescentes con edad promedio 14,8 ± 1,22 años de instituciones educativas de Bucaramanga.	El índice de consistencia, o alfa de Cronbach, fue de 0,85. El área bajo la curva según las características receptor operador fue de 0,82 y el punto de corte mayor o igual a 23 mostró una sensibilidad de 73,3%. Se encontró: especificidad de 73,6%, valor diagnóstico positivo de 26,6% y valor diagnóstico negativo de 95,5%. El coeficiente de concordancia de Lin fue de 0,75.	Indicada, como tamización con punto de corte de 23, o como ayuda diagnóstica con un punto de corte de 30.
Pérez-Olmos, 2012 (162)	Síntomas mentales y conducta suicida	Columbia Health Screen (CHS)	183 alumnos de octavo grado de un colegio privado en Bogotá	El instrumento mostró una alta sensibilidad (100%) y una adecuada especificidad (89,09%), valor predictivo positivo de 85,88%, valor predictivo negativo de 100%, lo que le confiere una validez adecuada. Estos valores pueden estar influenciados por una alta prevalencia de 39,9% de síntomas mentales y/o conductas suicidas (ideación, intento). La confiabilidad y consistencia interna de la prueba son buenas, Alfa de	Indicada

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
				Cronbach: 0,700, así como la concordancia de la CHS inicial y la entrevista clínica de la segunda etapa del tamizaje (Kappa de 0.867, error estándar de 0.037 (p<0.001)). La reproducibilidad mostro un índice de Kappa de 0,645 en la sub muestra evaluada 20 días después.	
Hormiga, 2008 (163)	Desarrollo motor	Escala abreviada del desarrollo e instrumento *Neurosensory Motor Development Assessment*	260 niños de 4 y 5 años de edad, de colegios del norte de Bucaramanga.	El coeficiente de correlación intraclase y el promedio de las diferencias para el *Neurosensory Motor Development Assessment*, fueron 0,91 y 1,23, y para la Escala Abreviada del Desarrollo, 0,96 y 0,02, respectivamente. La validez convergente mostró un r de 0,51.	Indicados, pero la convergencia entre las pruebas es moderada, posiblemente porque tienen diferentes enfoques de medición
Oviedo, 2008 (164)	Trastornos mentales en general	Pediatric Symptom Checklist	101 Adolescentes entre 6 y 16 años de un plantel educativo en Girón, que hacen parte de población	La consistencia interna para la subescala para síntomas de trastorno por déficit de atención y hiperactividad fue de 0,62; para la de síntomas de trastornos depresivos, 0,65; para la de síntomas	No indicada

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
			desplazada por un desastre invernal	de trastornos de la conducta, 0,50; y para la de síntomas de trastornos de ansiedad, 0,43.	
Cano, 2018 (165)	Problemas emocionales y del comportamiento	Early Childhood Screening Assessment (ECSA) comparada con Child Behavior Checklist (CBCL 1,5-5)	206 cuidadores de niños entre año y medio y seis años de edad de Tunja y Sopó	La puntuación del ECSA presentó una buena correlación con la puntuación t total del CBCL 1,5-5 (ro de Spearman=0,75; p<0,01). La escala ECSA tuvo una sensibilidad de 86 % y una especificidad de 82 % al establecer un punto de corte de 24 para la población estudiada.	Indicada
Forero, 2006 (166)	Funcionamiento familiar	APGAR	91 estudiantes entre 11 y 17 años de un colegio en Bucaramanga	La consistencia interna medida con la prueba de alfa de Cronbach fue 0,793. El análisis factorial mostró que la escala estaba compuesta por un único factor que explicaba el 55,6% de la varianza.	Indicada
Pineda, 2006 (167)	Trastornos de conducta	Conduct Disorder Checklist (CD-CL)	70 adolescentes hombres entre 12 y 16 años de colegios de Medellín	El CD-CL tuvo una mejor sensibilidad y especificidad con un punto de corte de 5 (sensibilidad: 95.3% Y especificidad: 90.5%). El alfa de Cronbach fue 0.86.	Indicada

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
Moratto, 2012 (168)	Intimidación escolar	Cuestionario de intimidación escolar CIE-A (abreviado)	788 estudiantes de 11 a 18 años, de un colegio en Medellín.	El análisis factorial confirmó la existencia de tres dimensiones: intimidación, sintomatología y la intimidación por parte de respondientes. Se evaluó la confiabilidad del cuestionario reducido a través de la consistencia interna (α de Cronbach), la cual fue 0,87 para la categoría denominada victimización por intimidación; 0,89 para la categoría sintomatología y 0,837 para el tercer componente denominado intimidación por respondientes.	Indicado
Gómez, 2009 (169)	Trastornos mentales y conducta suicida	Instrumento de Tamizaje Juvenil (Encuesta de Salud Juvenil ESJ) de la Universidad de Columbia	183 alumnos de grado octavo de un colegio en Bogotá	El instrumento Encuesta de Salud Juvenil (ESJ) mostró una alta sensibilidad (100 %) y adecuada especificidad (89,09 %), un valor predictivo positivo del 85,88 % lo que le confiere adecuada validez. La confiabilidad y consistencia interna de la prueba son buenas, Alfa de Cronbach: 0,70, así como la concordancia de la	Indicada

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
				ESJ inicial y la entrevista clínica de la segunda etapa del tamizaje (Kappa de 0.86, error estándar de 0.03 ($p<0.001$)). La reproducibilidad mostró un índice de Kappa de 0,645 en la submuestra evaluada 20 días después.	
Cuartas, 2020 (170)	Trastornos mentales	Cuestionario de Reporte para Niños (RQC), Inventario de Comportamiento de Niños (CBCL) y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD)	2.727 niños de 7 a 11 años de todos los departamentos de Colombia	La escala de 26 ítems exhibe buena confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.74. El primer factor explica 76% de la varianza total. Los resultados muestran que la escala de salud mental para niños tiene propiedades psicométricas adecuadas para su uso en Colombia. Además, los análisis de la Teoría de Respuesta al Ítem revelan un conjunto de ítems que maximizan la información y pueden ser usados en administraciones futuras en las que se requiera mayor eficiencia.	Indicado
Suarez-Colorado, 2019 (171)	Conducta suicida	Escala de riesgo suicida Plutchik	481 adolescentes con edades entre 13 y 20 años de Santa Marta	Se obtuvo una versión reducida de nueve ítems agrupados en dos factores que explicaron el 53% de la varianza común y muy buen ajuste [χ^2S-B = 26.36, gl = 26, p = 0.340; NNFI = 1.0, CFI = 1.0, RMSEA =	Indicada

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
			de 7 instituciones educativas públicas	0.02, IC 90% (0.00, 0.05)]. Los ítems discriminaron entre quienes intentaron el suicidio y quienes no lo habían intentado. La confiabilidad por Alfa de Cronbach para depresión fue 0.72 y 0.80 para riesgo de suicidio; Omega de McDonald fue de 0.82 y 0.94 respectivamente.	
Suárez-Colorado, 2020 (172)	Ideación suicida	Escala de depresión para ideación suicida del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-SI)	1.462 estudiantes de grado décimo y once, con edades entre 13 y 17 años, de Santa Marta	El resultado del análisis de factores fue χ^2S-B = 26.51, gl = 2, p = 0.001; RMSEA = 0.092, IC 90% (0.063, 0.124)]. La confiabilidad por Alfa de Cronbach fue 0.75 y Omega de McDonald fue de 0.77	Indicada
Bahamón, 2015 (173)	Riesgo suicida	Escala para evaluar Riesgo Suicida (ERS)	537 adolescentes entre 13 y 18 años de instituciones públicas de Barranquilla y su área metropolitana	La consistencia interna total del instrumento fue de 0.93; las escalas mostraron alfa de Cronbach entre 0.71 y 0.92. Los análisis de ítems, correlación y efectos de suelo y techo mostraron correlaciones significativas entre 0.41 y 0.78 con el puntaje global. Las correlaciones de los ítems con las dimensiones fluctuaron entre 0.71 y 0.91. Una vez obtenida la agrupación de los	Indicada

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
				ítems en cuatro factores, se hallaron correlaciones significativamente altas entre las subescalas con el puntaje global (0.74 a 0.86)	
Pineda-Roa, 2018 (174)	Ideación suicida	Escala de Ideación Suicida del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-IS) y escala de depresión (CES-D)	363 estudiantes de 10 a 17 años de Samacá, Boyacá	La CES-IS mostró alfa de Cronbach de 0,86 y omega de McDonald de 0,87, una dimensión que explicó el 71,2% de la varianza, los indicadores de ajuste RMSEA=0,00; IC90% 0,00-0,09; CFI=1,00; TLI=1,00; y SRMR=0,01, correlación convergente de r_s =0,59 (p=0,001) con la CES-D-10	Indicada
Campo-Arias, 2006 (175)	Trastornos de la conducta alimentaria	Cuestionario SCOFF	2.496 niños y 2.375 niñas, entre 10 y 19 años, estudiantes de colegios del área Metropolitana de Bucaramanga	Los resultados muestran que el SCOFF tuvo una CI de 0,521 en varones y 0,584 en mujeres; por otra parte, el análisis factorial mostró un factor que explicó el 34,7% de la varianza en varones y un factor responsable del 37,5% de la varianza en mujeres.	Indicado, pero es necesario realizar la validación de criterio del cuestionario SCOFF en varones.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
Campo-Arias, 2007 (176)	Trastornos de la conducta alimentaria	Cuestionario SCOFF	416 adolescentes entre 13 y 17 años, de un colegio ubicado en estrato bajo de Cartgena	La consistencia interna del cuestionario fue 0.343 (Kuder-Richardson) entre las mujeres y 0.209 en varones. Las mujeres puntuaron más alto que los varones en inducción de vómito, pérdida de control y sentirse gorda/gordo y los varones más alto que las mujeres en la comida domina la vida ($p<0.05$).	No indicado en adolescentes de estrato bajo
Rueda-Jaimes, 2005 (177)	Trastornos de la conducta alimentaria	Encuesta de comportamiento alimentario (ECA)	243 estudiantes entre 10 y 19 años de sexto a undécimo grado de tres colegios de Bucaramanga	Para 24 o más puntos, la sensibilidad encontrada de la ECA es 91,8%, la especificidad 52,4%, la kappa media de Cohen 0,341, y el área bajo la curva ROC 0,841. Se hallaron tres dominios que explican 72,6% de la varianza. El alfa de Cronbach para las once preguntas de los tres dominios fue de 0,636.	Indicada
Rueda-Jaimes, 2005 (178)	Trastornos de la conducta alimentaria	Cuestionario SCOFF	241 estudiantes mujeres de sexto a undécimo grado de tres colegios mixtos de Bucaramanga	La sensibilidad encontrada fue del 81,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 70,7-89,7) y la especificidad, del 78,7% (IC del 95%, 71,7-84,6). El área bajo la curva ROC fue de 0,8596 (IC del 95%, 0,8108-0,9084); la prueba alfa de Cronbach fue de	Indicado

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año	Condición	Instrumento	Población	Resultado	Recomendación
				0,436 y la kappa media de Cohen, de 0,554 (IC del 95%, 0,425-0,683).	
Montenegro, 2014 (179)	Trastornos cognitivos	Escala de Goodenough – Harris comparada con evaluación de neuropsicología	Niños de 3 a 13 años que asisten a consulta de habilitación y rehabilitación infantil de la Fundación Hospital de la Misericordia	Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las dos pruebas para pacientes con alteración cognitiva leve, moderada y severa, demostrando la utilidad del test de la figura humana para la valoración inicial del compromiso intelectual en niños, siendo una prueba de fácil aplicación y bajo costo, con una aproximación diagnóstica muy buena, lo que permite su uso como prueba de tamizaje, y su uso en la consulta de cualquier profesional médico,	Indicada
Gómez, 2004 (180)	Síntomas de déficit de atención e hiperactividad	Escala de Conners	34 niños con retraso mental entre 6 y 12 años que acuden a consulta externa de un Hospital psiquiátrico de Bucaramanga	La escala de Conners mostró una sensibilidad de 89.5%, especificidad de 80%, un valor predictivo positivo de 85%, un valor predictivo negativo de 85.7%, y una prueba kappa de 0,70 ($p<0.0001$)	Indicado

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

7 BIBLIOGRAFIA

1. OPS/OMS | Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 [Internet]. [cited 2021 Nov 23]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es

2. Windfuhr K, While D, Kapur N, Ashcroft DM, Kontopantelis E, Carr MJ, et al. Suicide risk linked with clinical consultation frequency, psychiatric diagnoses and psychotropic medication prescribing in a national study of primary-care patients. Psychological Medicine [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2021 Nov 23];46(16):3407–17. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/suicide-risk-linked-with-clinical-consultation-frequency-psychiatric-diagnoses-and-psychotropic-medication-prescribing-in-a-national-study-of-primarycare-patients/FB82F0E8A6E1435078E9FB7F7D2B2651

3. Ley 1616 de 2013: por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de Colombia; 2013.

4. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Colombia; 2016.

5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Colombia; 2019.

6. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 3202 de 2016. 2016.

7. Resolución 3280 de 2018: por medio de la cual se adoptan lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

8. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Ruta integral de atención para los problemas y trastornos mentales y epilepsia [Internet]. [cited 2021 Nov 23]. Available from: https://www.google.com/search?q=ruta+integral+de+atenci%C3%B3n+para+los+problemas+y+trastornos+mentales+y+epilepsia&client=safari&rls=en&ei=C1OeYbuwJp-OwbkP9suz8Ag&oq=ria+para+problemas+y+trastornos+mentales+y+epilepsia&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYADIHCAAQRxCwAzIHCAAQRxCwAzIHCAAQRxCwAzIHCAAQRxCwAzIHCAAQRxCwAzIHCAAQRxCwAzIHCAAQRxCwA0oECEEYAFAAWABgmxBoAXACeACAAQCIAQCSAQCYAQDIAQjAAQE&sclient=gws-wiz

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la promoción y detección temprana en salud mental y epilepsia [Internet]. Bogotá D. C.: El Ministerio; 2016. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-deteccion-epilepsia.pdf

10. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

2.0. Repositorio Institucional para intercambio de información [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 23];1–173. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071

11. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guía de práctica clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida [Internet]. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).; 2012. 191 p. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265022192027

12. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Colombia; 2011.

13. Ministerio de Salud y Protección Social. Prestador Primario de Servicios de Salud Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – Dirección de Promoción y Prevención. Bogotá D.C.; 2018.

14. Echemendía B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones . Revista cubana de higiene y epidemiología. 2011;49(3):470–81.

15. Alcadía Mayor de Bogotá; Secretaría de Salud. Lineamiento de gestión poblacional, diferencial y de género [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 29]. p. 60. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/Lineamientos/2021/I_Trim/POBLAC_DIFERENCIAL_GENERO.pdf

16. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. [Internet]. Bogotá D.C. 2016 [cited 2022 Mar 29]. p. 97. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

17. Powell LA, Parker J, Weighall A, Harpin V. Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. Journal of Attention Disorders [Internet]. 2022 Feb 5;26(3):340–57. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054721997553

18. Gomez M, Heredia D. Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas. Universidad de Antioquia G de IPF de CS y H, editor. Vol. 2. Medellín; 2022.

19. Ascunce Elizaga N. Cribado: para qué y cómo. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2015 Apr;38(1):5–7.

20. Díaz Oropeza IF. La investigación en terapia familiar. En-claves del pensamiento. 2012;6:163–96.

21. Royal College Of Psychiatrists. La terapia cognitivo - conductual (TCC). Londres; 2009.

22. Sezici E, Ocakci AF, Kadioglu H. Use of Play Therapy in Nursing Process: A Prospective Randomized Controlled Study. Journal of Nursing Scholarship. 2017 Mar;49(2):162–9.

23. Rodríguez-Zafra M, Gil Escudero G. Psicoterapia Psicodinámica y Psicoterapia De Grupo: Conceptos e Intervenciones Terapéuticas. Revista de Psicoterapia. 2022 Mar 1;33(121):27–40.

24. Ochoa De Alda I. Enfoques en terapia familiar sistémica. Herder; 1995.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

25. Organización Mundial de la salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [cited 2021 Nov 21]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

26. Rehm J, Shield K. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. Current Psychiatry Reports [Internet]. 2019;21(2):10. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s11920-019-0997-0

27. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué es la salud mental de los niños? [Internet]. [cited 2021 Nov 23]. Available from: https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/basics.html

28. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué tipos de trastornos pueden afectar la salud mental de los niños? | CDC [Internet]. [cited 2021 Nov 23]. Available from: https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/conditions.html

29. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. The Lancet [Internet]. 2011 Oct 22 [cited 2021 Nov 22];378(9801):1515–25. Available from: http://www.thelancet.com/article/S0140673611608271/fulltext

30. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

31. Secretaría Distrital de Salud. Estudio tamiz de salud mental en población urbana de 7 a 69 años, Bogotá D.C. 2017. Bogotá; 2017 Oct.

32. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2020 14:1 [Internet]. 2020 May 12 [cited 2021 Nov 23];14(1):1–11. Available from: https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-020-00329-3

33. Pearson A, Saini P, da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N, et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. British Journal of General Practice [Internet]. 2009;59(568):825–32. Available from: https://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/bjgp09X472881

34. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia de gestión del riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos de salud mental propuesta conceptual, metodológica y operativa [Internet]. Bogotá D.C: El Ministerio; 2014. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-gestion-riesgo-asociado.pdf

35. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.

36. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. Journal of Affective Disorders. 2019 Dec 1;259:302–13.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

37. Secretaría Distrital de Salud. Intento de suicidio en menores de 18 años en Bogotá D.C. | SALUDATA [Internet]. [cited 2021 Dec 5]. Available from: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-mental/intentosuicidiomenor18anios/

38. Harmer B, Lee S, Duong T vi H, Saadabadi A. Suicidal Ideation. Acute Medicine: A Symptom-Based Approach [Internet]. 2021 Aug 6 [cited 2021 Nov 22];415–20. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/

39. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scandinavian Journal of Public Health [Internet]. 2019;47(1):9–17. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494817746274

40. Saini P, Chantler K, Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. Health & Social Care in the Community [Internet]. 2016;24(3):260–9. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12198

41. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia . 2018.

42. Dirección de Provisión de Servicios de Salud. RIAS para la atención de los problemas, trastornos mentales y del comportamiento y epilepsia (depresión, demencia, suicidio). Bogotá; 2017.

43. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. . 2015.

44. ¿Qué tipos de trastornos pueden afectar la salud mental de los niños? | CDC [Internet]. [cited 2021 Dec 5]. Available from: https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/conditions.html

45. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. 2022.

46. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Ginebra; 1992.

47. American Psychiatric Association and American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. American Psychiatric Association, editor. Washington, DC.; 1994.

48. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. Editorial médica panamericana, editor. Editorial Médica Panamericana [Internet]. 2014 [cited 2021 Dec 13]; Available from: https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital

49. Carlson NR. Fisiología de la conducta. 8th ed. Madrid: Pearson Educación; 2008. 784 p.

50. Clayborne ZM, Varin M, Colman I. Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2019 Jan;58(1):72–9.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

51. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, et al. Mental health surveillance among children--United States, 2005-2011. MMWR Suppl. 2013 May;62(2):1–35.

52. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. British Journal of Psychiatry. 2018/01/02. 2001;179(3):218–23.

53. Maslow GR, Dunlap K, Chung RJ. Depression and Suicide in Children and Adolescents. Pediatr Rev. 2015 Jul;36(7):210–99.

54. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. The Lancet. 2012 Mar;379(9820):1056–67.

55. Mullen S. Major depressive disorder in children and adolescents. Mental Health Clinician. 2018 Nov;8(6):275–83.

56. 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 Nov;46(11):1503–26.

57. Cheung AH, Kozloff N, Sacks D. Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. Curr Psychiatry Rep. 2013 Aug;15(8):381.

58. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. The Lancet [Internet]. 2016;387(10027):1561–72. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361500241X

59. Goldstein BI, Birmaher B, Carlson GA, DelBello MP, Findling RL, Fristad M, et al. The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: Knowledge to date and directions for future research. Bipolar Disorders [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2021 Dec 13];19(7):524. Available from: /pmc/articles/PMC5716873/

60. Ghandour R, Sherman L, Vladutiu C, Ali M, Lynch S, Bitsko R, et al. Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. The Journal of Pediatrics [Internet]. 2019;206:256-267.e3. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347618312927

61. National Institute of Mental Health. Major depression among adolescents; 2017. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/ statistics/prevalence/major-depression-among- adolescents.shtml.

62. Merikangas K, Jin R, He J-P, Kessler R, Lee S, Sampson N, et al. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. Archives of General Psychiatry [Internet]. 2011 Mar 7;68(3):241. Available from: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archgenpsychiatry.2011.12

63. Racine N, McArthur BA, Cooke J, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. JAMA Pediatrics [Internet]. 2021;175(11):1142. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782796

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

64. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Salud Mental N. 4. Salud mental en niños, niñas y adolescentes. Bogotá; 2018.

65. Birmaher B, Ryan N, Williamson D, Brent D, Kaufman J, Dahl R, et al. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [Internet]. 1996;35(11):1427–39. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709664030

66. Selph S, McDonagh M. Depression in Children and Adolescents: Evaluation and Treatment. Am Fam Physician. 2019;100(10):609–17.

67. Strober M, Lampert C, Schmidt S, Morrell W. The course of major depressive disorder in adolescents: I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and nonpsychotic subtypes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993 Jan;32(1):34–42.

68. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [Internet]. 1997;36(7):980–8. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709625557

69. Uher R. Gene-Environment Interactions in Severe Mental Illness. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2014;5. Available from: http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2014.00048/abstract

70. Duffy A, Jones S, Goodday S, Bentall R. Candidate Risks Indicators for Bipolar Disorder: Early Intervention Opportunities in High-Risk Youth. International Journal of Neuropsychopharmacology [Internet]. 2016;19(1):pyv071. Available from: https://academic.oup.com/ijnp/article-lookup/doi/10.1093/ijnp/pyv071

71. Kloos A, Weller E, Weller R. Biologic basis of bipolar disorder in children and adolescents. Current Psychiatry Reports [Internet]. 2008;10(2):98–103. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s11920-008-0018-1

72. Park R, Goodyer I. Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. European Child & Adolescent Psychiatry [Internet]. 2000;9(3):0147–61. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s007870070038

73. Hopkins K, Crosland P, Elliott N, Bewley S. Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. BMJ [Internet]. 2015;350(mar04 9):h824–h824. Available from: https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.h824

74. Díaz-Caneja C, Moreno C, Llorente C, Espliego A, Arango C, Moreno D. Practitioner Review: Long-term pharmacological treatment of pediatric bipolar disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry [Internet]. 2014;55(9):959–80. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12271

75. Freidl EK, Stroeh OM, Elkins RM, Steinberg E, Albano AM, Rynn M. Assessment and Treatment of Anxiety Among Children and Adolescents. Focus (Am Psychiatr Publ). 2017 Apr;15(2):144–56.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

76. Kodish I, Rockhill C, Varley C. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2011;13(4):439–52. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22275849

77. Distel MA, Vink JM, Willemsen G, Middeldorp CM, Merckelbach HLGJ, Boomsma DI. Heritability of Self-reported Phobic Fear. Behavior Genetics [Internet]. 2008 Jan [cited 2021 Dec 13];38(1):24. Available from: /pmc/articles/PMC2226022/

78. Xie B, Wang B, Suo P, Kou C, Wang J, Meng X, et al. Genetic association between BDNF gene polymorphisms and phobic disorders: A case-control study among mainland Han Chinese. Journal of Affective Disorders. 2011 Jul;132(1–2):239–42.

79. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L, et al. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression. JAMA Psychiatry. 2016 Aug 1;73(8):826.

80. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis C-L, Koren G, et al. The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes. The Journal of Clinical Psychiatry. 2013 Apr 15;74(04):e321–41.

81. Sullivan R, Perry R, Sloan A, Kleinhaus K, Burtchen N. Infant Bonding and Attachment to the Caregiver: Insights from Basic and Clinical Science. Clinics in Perinatology [Internet]. 2011;38(4):643–55. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095510811001059

82. Muzik M, Bocknek EL, Broderick A, Richardson P, Rosenblum KL, Thelen K, et al. Mother-infant bonding impairment across the first six months postpartum: The primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2013 Feb [cited 2021 Dec 13];16(1):29. Available from: /pmc/articles/PMC4040083/

83. Pahl K, Barrett P, Gullo M. Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. Journal of Anxiety Disorders [Internet]. 2012;26(2):311–20. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618511002192

84. Reardon L, Leen-Feldner E, Hayward C. A critical review of the empirical literature on the relation between anxiety and puberty. Clinical Psychology Review [Internet]. 2009;29(1):1–23. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735808001323

85. Letamendi AM, Chavira DA, Hitchcock CA, Roesch SC, Shipon-Blum E, Stein MB. Selective mutism questionnaire: Measurement structure and validity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2008 [cited 2021 Dec 13];47(10):1197–204. Available from: /record/2008-13620-015

86. Dimensiones de los miedos en niños: estructura factorial del FSSC-R - Dialnet [Internet]. [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=264085

87. Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS): Estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años - Dialnet [Internet]. [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1018854

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

88. Ansiedad por separación | Ediciones Pirámide [Internet]. [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=1171338

89. Shear K, Belnap B, Mazumdar S, Houck P, Rollman B. Generalized anxiety disorder severity scale (GADSS): a preliminary validation study. Depression and Anxiety [Internet]. 2006;23(2):77–82. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20149

90. Shear M, Brown T, Barlow D, Money R, Sholomskas D, Woods S, et al. Multicenter Collaborative Panic Disorder Severity Scale. American Journal of Psychiatry [Internet]. 1997;154(11):1571–5. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.154.11.1571

91. Wehry A, Beesdo-Baum K, Hennelly M, Connolly S, Strawn J. Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Current Psychiatry Reports [Internet]. 2015;17(7):52. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s11920-015-0591-z

92. Toro A, Palacio C. Psiquiatría [Internet]. 6a edición. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 2018 [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://cib.org.co/servicios/catalogo/psiquiatria/

93. García Pérez M, Martínez Granero M. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. In: AEPap (ed) Curso de actualización pediatría [Internet]. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016 [cited 2021 Dec 13]. p. 81–93. Available from: https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf

94. Bonilla MF, Chaskel R. Trastorno del espectro autista. CCAP. 2017;15(1).

95. Talero-Gutiérrez C, Rodríguez M, de La Rosa D, Morales G, Vélez-Van-Meerbeke A. Caracterización de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista en una institución de Bogotá, Colombia. Neurología. 2012 Mar;27(2):90–6.

96. López J, Ramos G, Bravo G, Ramos M, Ríos N. Autismo y personalidades con trastornos de la conducta autista. Panorama Cuba y Salud. 2019;14(1):53–61.

97. Davison GC. Psicología de la conducta anormal. México: Limusa Wiley; 2005. 872 p.

98. Rodríguez Hernández PJ, Álvarez Polo M, Hernández Sicilia M. La salud mental y los trastornos de conducta en la adolescencia. Anales de Pediatría Continuada. 2014 Mar;12(2):95–101.

99. Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Guilherme &, Polanczyk V. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

100. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). 2020.

101. Lillig M. Conduct Disorder: Recognition and Management. Am Fam Physician. 2018;98(10):584–92.

102. Gismero González ME. Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. Revista de Psicoterapia. 2020 Mar 1;31(115):33–47.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

103. Asociación contra la anorexia y la bulimia. El tratamiento de los TCA. 2020.

104. Becker M, Correll C. Suicidality in Childhood and Adolescence. Deutsches Ärzteblatt international [Internet]. 2020 Apr 10; Available from: https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2020.0261

105. Sousa G, Santos M, Silva A, Perrelli J, Sougey E. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017;22(9):3099–110. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903099&lng=pt&tlng=pt

106. Organización Mundial de la Salud. Mortality and global health estimates [Internet]. [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates

107. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen H-U, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. Acta Psychiatrica Scandinavica [Internet]. 2001 Nov;104(5):332–9. Available from: http://doi.wiley.com/10.1034/j.1600-0447.2001.00432.x

108. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643

109. Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry [Internet]. 1999;56(7):617. Available from: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.56.7.617

110. Jans T, Vloet T, Taneli Y, Warnke A. Suicido y conducta autolesiva. In: Irarrázaval M, Martin A, editors. Trastornos del ánimo [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://medbox.org/document/suicido-y-conducta-autolesiva#GO

111. Cha C, Franz P, Guzmán E, Glenn C, Kleiman E, Nock M. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. Journal of Child Psychology and Psychiatry [Internet]. 2018;59(4):460–82. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12831

112. Hoertel N, Franco S, Wall M, Oquendo M, Kerridge B, Limosin F, et al. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. Molecular Psychiatry [Internet]. 2015 Jun 18;20(6):718–26. Available from: http://www.nature.com/articles/mp201519

113. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? Psychiatry Research [Internet]. 2008;157(1–3):131–7. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178107000789

114. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche P. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ [Internet]. 2016;i65. Available from: https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.i65

115. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Bridge JA, Liu S-M, et al. Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults. Pediatrics. 2018 Apr 1;141(4).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

116. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, et al. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: Developmental changes. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2009;77(2):281–90.

117. Park H, Schepp K, Jang E, Koo H. Predictors of Suicidal Ideation Among High School Students by Gender in South Korea. Journal of School Health [Internet]. 2006;76(5):181–8. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1746-1561.2006.00092.x

118. Glenn C, Franklin J, Nock M. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology [Internet]. 2015;44(1):1–29. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15374416.2014.945211

119. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Manual metodológico para la elaboración de evaluaciones de efectividad clínica, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud. 2020.

120. Pontificia Universidad Javeriana. Escala abreviada de desarrollo - 3 [Internet]. 2016. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf

121. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Guía No GPC 2017-60 [Internet]. 1st ed. Bogotá (CO); 2017. 482 p. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf

122. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment [Internet]. NICE; 2017. 42 p. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng69

123. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista [Internet]. 2015. p. 133. Available from: https://www.iets.org.co/Archivos/59/Protocolo TEA final Mayo de 2015.pdf

124. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. Resumen ejecutivo. 2021.

125. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar: estrategias para promover y proteger la salud mental de los adolescentes y reducir conductas autolesivas y comportamientos de riesgo. Resumen de orientación. 2021.

126. Organización Mundial de la Salud. Vivir la vida: guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Resumen ejecutivo. 2021.

127. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre Salud Mental 2013 - 2020. 2013.

128. Secretaría de Salud, CENETEC. Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de los trastornos de conducta en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Resumen de

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica de enfermería [Internet]. México; 2017. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

129. Secretaría de Salud, CENETEC. Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica de enfermería [Internet]. México; 2017. Available from: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=3314

130. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, Levitt A, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics [Internet]. 2018 Mar 1;141(3). Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article/141/3/e20174081/37626/Guidelines-for-Adolescent-Depression-in-Primary

131. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline [NG134] [Internet]. NICE; 2019. 46 p. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng134

132. National Institute for Healthcare and Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). NICE; 2018. 58 p.

133. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación . 1 Ed, en español. Orrego P, Rojas M, editors. 2017.

134. Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. Chest. 1989 Feb;95(2 Suppl):2S-4S.

135. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: Developing guidelines. BMJ. 1999 Feb 27;318(7183):593–6.

136. Walter H, Bukstein O, Abright A, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [Internet]. 2020;59(10):1107–24. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S089085672030280X

137. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics [Internet]. 2019 Oct 1;144(4). Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article/144/4/e20192528/81590/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Diagnosis

138. Newton AS, Soleimani A, Kirkland SW, Gokiert RJ. A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department. Cloutier R, editor. Academic Emergency Medicine [Internet]. 2017 May;24(5):552–68. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.13162

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

139. Bryce SD, Bowden SC, Wood SJ, Allott K. Brief, Performance-Based Cognitive Screening in Youth Aged 12–25: A Systematic Review. Journal of the International Neuropsychological Society [Internet]. 2021 Sep 19;27(8):835–54. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1355617720001241/type/journal_article

140. Development Group of the Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents. Fundació Sant Joan de Déu coordinator. Clinical Practice Guideline on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents. Plan for the National Health System of the Ministry of Health SP and EqualityA dinformació, A i Q (AIAQS), editor. Catalinia; 2007.

141. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. 2019.

142. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK, Levitt A, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. Pediatrics [Internet]. 2018 Mar 1;141(3). Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article/141/3/e20174082/37654/Guidelines-for-Adolescent-Depression-in-Primary

143. Michigan Medicine. University of Michigan. Ambulatory Unipolar Depression Guideline [Internet]. 2021. Available from: https://michmed-public.policystat.com/policy/8093108/latest/

144. Mayer-Benarous H, Benarous X, Vonthron F, Cohen D. Music Therapy for Children With Autistic Spectrum Disorder and/or Other Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2021 Apr 9;12. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.643234/full

145. Reichow B, Lemons CJ, Maggin DM, Hill DR. Beginning reading interventions for children and adolescents with intellectual disability. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2019 Dec 5;2019(12). Available from: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011359.pub2

146. National Institute for Health and Care Excellence. Learning disabilities and behaviour that challenges: service design and delivery [Internet]. Reino Uniido; 2018. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng93

147. Ho H, Perry A, Koudys J. A systematic review of behaviour analytic interventions for young children with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research [Internet]. 2021 Jan 24;65(1):11–31. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jir.12780

148. McGarty AM, Downs SJ, Melville CA, Harris L. A systematic review and meta-analysis of interventions to increase physical activity in children and adolescents with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research [Internet]. 2018;62(4):312–29. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jir.12467

149. Fragala-Pinkham MA, Ball AL, Jeffries LM. Efficacy of Lower Extremity Cycling Interventions for Youth with Intellectual Disabilities: A Systematic Review. Physical & Occupational Therapy In Pediatrics

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

[Internet]. 2021 Jul 4;41(4):410–28. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01942638.2020.1862384

150. May T, Chan ES, Lindor E, McGinley J, Skouteris H, Austin D, et al. Physical, cognitive, psychological and social effects of dance in children with disabilities: systematic review and meta-analysis. Disability and Rehabilitation [Internet]. 2021 Jan 2;43(1):13–26. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2019.1615139

151. Torra Moreno M, Canals Sans J, Colomina Fosch MT. Behavioral and Cognitive Interventions With Digital Devices in Subjects With Intellectual Disability: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2021 Apr 13;12. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.647399/full

152. Sun C-K, Tseng P-T, Wu C-K, Li D-J, Chen T-Y, Stubbs B, et al. Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Scientific Reports [Internet]. 2019 Dec 4;9(1):15908. Available from: http://www.nature.com/articles/s41598-019-52205-6

153. Schwartz C, Barican J lou, Yung D, Zheng Y, Waddell C. Six decades of preventing and treating childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis to inform policy and practice. Evidence Based Mental Health [Internet]. 2019 Aug;22(3):103–10. Available from: https://ebmh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ebmental-2019-300096

154. Baourda VC, Brouzos A, Mavridis D, Vassilopoulos SP, Vatkali E, Boumpouli C. Group Psychoeducation for Anxiety Symptoms in Youth: Systematic Review and Meta-analysis. The Journal for Specialists in Group Work [Internet]. 2022 Jan 2;47(1):22–42. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01933922.2021.1950881

155. Brady P, Kangas M, McGill K. "Family Matters": A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. Journal of Marital and Family Therapy [Internet]. 2017 Apr;43(2):245–63. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmft.12204

156. Robinson J, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine [Internet]. 2018 Oct;4–5:52–91. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537018300415

157. Goodwin J, Saab MM, Dillon CB, Kilty C, McCarthy A, O'Brien M, et al. The use of film-based interventions in adolescent mental health education: A systematic review. Journal of Psychiatric Research [Internet]. 2021 May;137:158–72. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395621001333

158. Lezama Meneses SR. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. Psychologia Avances de la Disciplina. 2012;6:91–101.

159. Villalobos-Galvis F, Ortiz-Delgado L. Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). Avances en Psicología Latinoamericana. 2012;30:328–40.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

160. Rueda-Jaimes GE, Camacho López PA, Rangel-Martínez-Villalba AM. Validación de dos versiones cortas de la escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adolescentes colombianos. Atención Primaria. 2009 May;41(5):255–61.

161. Camacho PA, Rueda-Jaimes GE, Latorre JF, Navarro-Mancilla ÁA, Escobar M, Franco JA. Validez y confiabilidad de la escala del Center for Epidemiologic Studies-Depression en estudiantes adolescentes de Colombia. Biomédica. 2009;29:260–9.

162. Pinilla MI, Olmos IRP, Carrillo VJG. Validity and Reliability of the Columbia Health Screen (CHS), Instrument of the Youth Mental Health and Suicide Screening program of Rosario University, Bogota, a Subsidiary of the Columbia University TeenScreen Program. Mind & Brain, el Journal of Psychiatry. 2012;2:1–7.

163. Hormiga CM, Camargo DM, Orozco LC. Reproducibilidad y validez convergente de la Escala Abreviada del Desarrollo y una traducción al español del instrumento Neurosensory Motor Development Assessment. Biomédica. 2008;28:327–46.

164. Oviedo H, Rincón D, Acevedo E, Campo-Arias A. Consistencia interna de la escala Pediatric Symptom Checklist en niños y adolescentes desplazados por un desastre invernal en Girón, Colombia. Universitas Medica [Internet]. 2008;49(4):499–508. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018741005

165. Cano LH, Acosta MN, Pulido A. Adaptación al español y validación de criterio de una escala para la tamización de problemas emocionales y del comportamiento en la primera infancia. Biomédica. 2017 Sep 27;38:121–33.

166. Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2006;35:23–9.

167. Pineda DA, Kamphaus RW, Restrepo MA, Puerta IC, Arango CP, Lopera FJ, et al. Screening for Conduct Disorder in an Adolescent Male Sample from Colombia. Transcultural Psychiatry. 2006 Sep 30;43(3):362–82.

168. Moratto Vásquez NS, Cárdenas Zuluaga N, Berbesí Fernández DY. Validación de un cuestionario breve para detectar intimidación escolar. CES Psicología. 2012;5:70–8.

169. Gómez Carrillo V. Validez y confiabilidad, versión hispana Instrumento de Tamizaje Juvenil. [Bogotá]; 2010.

170. Cuartas J. Improving the Measurement of Children's Mental Health Problems in Colombia with Item Response Theory. Revista Colombiana de Psicología. 2020;29:87–103.

171. Yuly S-C, Palacio Sañudo J, Caballero-Domínguez CC, Pineda-Roa CA. Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. Revista Latinoamericana de Psicología. 2019 Nov 30;51(3).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

172. Suárez-Colorado YP, Caballero-Domínguez CC, Campo-Arias A. Confirmatory Factor Analysis and Internal Consistency of the Suicidal Ideation Scale of the Center for Epidemiological Studies Depression Among Colombian Adolescents. Psychological Reports. 2022 Feb 3;125(1):588–98.

173. Bahamón Muñetón MJ, Alarcón-Vásquez Y. Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. Universitas Psychologica. 2018 Nov 7;17(4):1–15.

174. Pineda-Roa CA, Martínez-Chía ÁP, Corredor-González DY, Herazo E, Campo-Arias A. Hallazgos psicométricos de la escala para idecaión suicida del Centro de Estudios Epidemiológicos en adolescentes escolarizados de Samacá, Boyacá, Colombia. Biosalud. 2018;17:47–55.

175. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Martínez-Mantilla J, Amaya-Naranjo W, Campillo H. Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. Universitas Psychologica. 2006;5:295–304.

176. Arias AC, Milanés ZC, Montes CED. Cuestionario SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria: Consistencia interna en estudiantes de un colegio de Cartagena, Colombia. Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud. 2007;4(1):14–8.

177. Rueda-Jaimes GE, Cadena Afanador L del P, Díaz-Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J. Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia*. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005;34:375–85.

178. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J, Cadena Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Atención Primaria. 2005 Feb;35(2):89–94.

179. Ramírez Montenegro JS. La escala de Goodenough–Harris y su utilidad para la detección de trastornos cognitivos. Departamento de Medicina Física y Rehabilitacion. 2014;

180. Gómez Quiñonez LF. Utilidad de la Escala de Conners en la identificación de síntomas de déficit de atención e hiperactividad en niños y niñas con retraso mental. Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud. 2004;1(2):82–5.

Copia No Controlada

BIBLIOGRAFIA ANEXOS

Anexo 2

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación [Internet]. 2014. 85 p. Available from: http://www.iets.org.co/Archivos/65/Manual Participacion.pdf
3. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N., Siebert U. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. Int J Technol Assess Health Care. 2016; 32(3):131–9.
4. Mesa L., Estrada K. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Bogotá, Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud 2020. p. 26.
5. EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy EUnetHTA Joint Action 2010-2012. 2012;(October 2010):1-7.

Anexo 9

Copia No Controlada

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud.
2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación [Internet]. 2014. 85 p. Available from: http://www.iets.org.co/Archivos/65/Manual Participacion.pdf
3. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N., Siebert U. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. Int J Technol Assess Health Care. 2016; 32(3):131–9.
4. Mesa L., Estrada K. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Bogotá, Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud 2020. p. 26.
5. EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy EUnetHTA Joint Action 2010-2012. 2012;(October 2010):1-7.
6. Beltrán, E. (2020). Metodología para identificación y gestión de los conflictos de interés. Fundamentos conceptuales y procedimentales. Bogotá: IETS.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

8 CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	14/11/2024	Por actualización de mapa de procesos de Secretaría Distrital de Salud

Copia No Controlada

Febrero 23 de 2023

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.