

# 4. Definición, diagnóstico clínico y criterios diagnósticos

## 4.1. Definición

La depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva<sup>44</sup>. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque no suele presentarse de forma aislada como un cuadro único, sino que es más habitual su asociación a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones.

## 4.2. Diagnóstico clínico de la depresión mayor

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Así, los niños más pequeños pueden tener dificultades para reconocer algunos síntomas o para comunicar sus ideas y pensamientos, lo que podría impedir un correcto diagnóstico. Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la información aportada por los padres y por el entorno escolar.




En general, la depresión infantil tiene un modo de presentación polimorfo y puede enmascarse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos. En estas etapas, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión. Las manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo<sup>45-47</sup> (tabla 3).

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta<sup>48,49</sup>. Más del 70% de los niños y adolescentes

con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado<sup>41</sup>. Las posibles razones podrían ser varias:

- Distintas manifestaciones clínicas de la depresión en niños que en adultos o presentaciones atípicas.
- Mayor dificultad de los niños y adolescentes para identificar como depresión lo que les ocurre.
- No creencia entre los padres o familiares de la existencia de depresión en estas edades, no querer reconocerla por el estigma que produce o creer que podría deberse a un fracaso como educadores, aunque no sea cierto.
- Falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los profesionales sanitarios.
- No existencia de criterios clasificatorios específicos para la infancia y adolescencia.

**Tabla 3. Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil**

<p>Menores de 7 años</p> 	<p>El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabieta frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.</p> <p>En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).</p>
<p>Niños de 7 años a edad puberal</p> 	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas:</p> <p>a) <b>esfera afectiva y conductual:</b> irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.</p> <p>b) <b>esfera cognitiva y actividad escolar:</b> baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.</p> <p>c) <b>esfera somática:</b> cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.</p>
<p>Adolescentes</p> 	<p>Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio.</p> <p>Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.</p>

Fuente: Elaboración propia y adaptación de varias fuentes<sup>45-47</sup>

El infradiagnóstico e infratratamiento son los mayores problemas en los niños menores de siete años, en parte debido a la limitada capacidad para comunicar emociones y pensamientos negativos con el lenguaje y a la consecuente tendencia a la somatización. Así, los niños con depresión presentan en muchas ocasiones quejas o molestias difusas, cefalea o dolor abdominal. En la tabla 3 se recogen los principales síntomas según la edad.

### 4.3. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (*Trastornos mentales y del comportamiento*, CIE-10)<sup>50</sup> y la de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR)<sup>51</sup>. Esta guía de práctica clínica asume la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la CIE (tablas 4 y 5) con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente) y en el DSM-IV-TR (tabla 6), con los códigos 296.2X (trastorno depresivo) y 296.3X (trastorno depresivo recidivante). Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV-TR la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional (los criterios de gravedad de CIE-10 y DSM-IV-TR figuran en el anexo 1).

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos (tabla 4) y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas. Existe una clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento para niños y adolescentes, basada en la CIE-10<sup>52</sup>. Esta clasificación se organiza en seis ejes: los cinco primeros son categorías que aparecen en la CIE-10, aunque estructurados de forma diferente y en ocasiones se describen con más detalle. El sexto eje evalúa de forma global la discapacidad y no está incluido en la CIE-10. Sin embargo, su inclusión en esta clasificación se debe a que la evaluación de la discapacidad ha sido reconocida por la OMS como fundamental.

**Tabla 4. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10**

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos <ul style="list-style-type: none"><li>— Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras</li><li>— Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta</li><li>— Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual</li><li>— Empeoramiento matutino del humor depresivo</li><li>— Presencia de enlentecimiento motor o agitación</li><li>— Pérdida marcada del apetito</li><li>— Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes</li><li>— Notable disminución del interés sexual</li></ul>

Fuente: Adaptado de OMS<sup>50</sup>

En la tabla 5 se realizan algunos comentarios específicos para los niños y adolescentes sobre los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según la clasificación de la CIE-10, con información extraída de la bibliografía<sup>53-56</sup>.

El DSM-IV-TR (tabla 6) utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada (ver anexo 1). El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

**Tabla 5. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática según la edad**

<p><b>A. Criterios generales para episodio depresivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas</li> <li>— El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico</li> </ul>															
<p><b>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Adultos</i></th> <th><i>Niños y adolescentes</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</td> <td>El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como "paso al acto", comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.</td> </tr> <tr> <td>Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.</td> <td>La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.</td> </tr> <tr> <td>Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.</td> <td>La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.</td> </tr> </tbody> </table>		<i>Adultos</i>	<i>Niños y adolescentes</i>	Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.	El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como "paso al acto", comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.	Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.	Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.						
<i>Adultos</i>	<i>Niños y adolescentes</i>														
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.	El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como "paso al acto", comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.														
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.														
Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.														
<p><b>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</b></p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.</td> <td>Similar a los adultos.</td> </tr> <tr> <td>Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.</td> <td>Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.</td> </tr> <tr> <td>Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.</td> <td>Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).</td> </tr> <tr> <td>Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.</td> <td>Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.</td> </tr> <tr> <td>Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.</td> <td>Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.</td> </tr> <tr> <td>Alteraciones del sueño de cualquier tipo.</td> <td>Similar a los adultos.</td> </tr> <tr> <td>Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.</td> <td>Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.</td> </tr> </tbody> </table>		Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	Similar a los adultos.	Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).	Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.	Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.	Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a los adultos.	Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	Similar a los adultos.														
Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.														
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).														
Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.														
Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.														
Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a los adultos.														
Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.														
<p><b>D. Puede haber o no síndrome somático*</b></p> <p>Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.</p>															
<p><b>Episodio depresivo leve:</b> están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p><b>Episodio depresivo moderado:</b> están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p><b>Episodio depresivo grave:</b> deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>															

Fuente: CIE-10 e información extraída de la bibliografía<sup>53-56</sup>

\* Síndrome somático: ver tabla 4

**Tabla 6. Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR**

<p><b>A.</b> Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.</li><li>(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.</li><li>(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</li><li>(4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.</li><li>(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.</li><li>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</li><li>(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</li><li>(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).</li><li>(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</li></ul>
<p><b>B.</b> Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.</p>
<p><b>C.</b> Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>
<p><b>D.</b> Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).</p>
<p><b>E.</b> Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.</p>

Fuente: DSM-IV-TR<sup>51</sup>

## 4.4. Diagnóstico diferencial

En la tabla 7 se muestran los principales fármacos, tóxicos y enfermedades que pueden manifestarse con síntomas depresivos en niños y adolescentes (según CIE-10 y DSM IV-TR).

### 4.4.1. Comorbilidad

El estudio de la psicopatología infantil ha mostrado que la comorbilidad es una regla más que una excepción<sup>57</sup>.

Entre el 40 y el 90% de los adolescentes deprimidos padecen un trastorno comórbido<sup>58</sup>, y al menos el 20-50% tienen dos o más diagnósticos comórbidos. Una revisión de estudios epidemiológicos<sup>59</sup> destaca la presencia

de los trastornos de conducta (40%) y los trastornos de ansiedad (34%) como los más frecuentemente asociados, seguidos del abuso de sustancias. Posiblemente estos trastornos compartan con el cuadro depresivo factores de riesgo, como factores genéticos o psicosociales, pudiendo el uno ser causa del otro o bien parte de un cuadro común (ver tablas 8 y 9).

**Tabla 7. Diagnóstico diferencial de trastorno depresivo mayor**

Otras enfermedades *	Fármacos	Tóxicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endocrinas: anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Addison.</li> <li>• Neurológicas: síndrome postcontusión, epilepsia.</li> <li>• Metabólicas: diabetes, déficit de vitamina B12.</li> <li>• Autoinmunes: LES.</li> <li>• Infecciosas: hepatitis, mononucleosis, VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucocorticoides sistémicos</li> <li>• Anticonvulsivantes</li> <li>• Neurolépticos</li> <li>• Estimulantes</li> <li>• Anticonceptivos orales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Cocaína</li> <li>• Opioides</li> <li>• Anfetaminas</li> <li>• Cannabis</li> </ul>

\* Se deben tener en mente estas posibles causas con el fin de realizar las pruebas pertinentes si hay indicios que orienten a estas patologías.

LES: lupus eritematoso sistémico; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: elaboración propia

Ante un cuadro conductual es importante que el clínico tenga siempre en cuenta el trastorno depresivo mayor, ya que la naturaleza y las repercusiones en el entorno del primero pueden hacer pasar por alto un trastorno depresivo subyacente.

**Tabla 8. Diagnóstico diferencial de la depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos en el niño-adolescente**

Trastornos psiquiátricos no afectivos	Trastornos psiquiátricos polo afectivo	Otros cuadros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</li> <li>• Trastornos de ansiedad</li> <li>• Trastorno de conducta alimentaria</li> <li>• Trastorno de personalidad</li> <li>• Trastorno de conducta</li> <li>• Trastornos psicóticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distimia</li> <li>• Trastorno bipolar</li> <li>• Trastorno adaptativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome premenstrual</li> <li>• Duelo no patológico</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

La comorbilidad tiene una alta trascendencia en cuanto al pronóstico clínico (peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad) y un alto coste social (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos).

No obstante, se debe tener en cuenta que el análisis de la comorbilidad de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales es complejo y controvertido, no solo por su alta frecuencia sino por la existencia de un solapamiento sintomático, por la escasez de signos y síntomas patognomónicos, la variabilidad de los criterios diagnósticos, las diferencias metodológicas aplicadas así como la escasez de estudios longitudinales y prospectivos.

**Tabla 9. Comorbilidad de la depresión mayor en niños y adolescentes**

Niños	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad de separación</li> <li>• Otros trastornos de ansiedad</li> <li>• TDAH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distimia</li> <li>• Abuso de tóxicos</li> <li>• Trastorno de conducta</li> <li>• Fobia social</li> <li>• Trastorno de ansiedad</li> <li>• TDAH</li> </ul>

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Fuente: elaboración propia