

GUIA DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS DEPRESIÓN

**Consejería de Salud y Servicios
Sanitarios
Principado de Asturias**

Noviembre 2007

INDICE

- DEFINICIÓN.
 - EPIDEMIOLOGÍA.
 - FACTORES DE RIESGO - FACTORES DE PROTECCIÓN.
 - EVALUACIÓN Y CRIBADO.
 - MANIFESTACIONES CLÍNICAS. ENTREVISTA CLÍNICA.
 - CLASIFICACIÓN - CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.
 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
 - ABORDAJE TERAPÉUTICO:
 - CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
 - TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.
 - TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO.
 - INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA. PLAN DE CUIDADOS.
 - PSICOEDUCACIÓN A FAMILIARES Y PACIENTES.
 - INTERVENCIÓN SOCIAL.
 - RECOMENDACIONES CLAVE.
-

I. PRIMERA PARTE: PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A. PRESENTACIÓN

El propósito de las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios 2003-2007 es concretar e iniciar la implantación de los objetivos generales establecidos en la Política de Calidad. Para ello se estructuran tres ejes estratégicos, uno de los cuales viene representado por los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI)

Los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI) son proyectos de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud (en este caso la Depresión) liderados por profesionales de diversas disciplinas que, aplicando el máximo rigor científico, coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

Los PCAI emanan del diagnóstico de salud realizado con ocasión de la elaboración del Plan de Salud del Principado de Asturias. Este Plan de Salud plantea la necesidad de concentrar acciones en catorce áreas que por su importancia han sido consideradas prioritarias. Esta priorización fue realizada contando con la participación de profesionales y grupos de pacientes. Cada área constituye un PCAI e integra la atención de los pacientes con un determinado problema o condición de salud.

Los 14 PCAI a desarrollar en el periodo 2003-2007 son los siguientes:

- Cáncer de mama
 - Ansiedad
 - EPOC
 - Cardiopatía isquémica
 - Diabetes
 - Accidente cerebro-vascular
 - Alcoholismo
 - Carcinoma de colon
 - Cáncer de próstata
 - Demencia
 - **Depresión**
 - Dolor crónico y artrosis
 - Hipertensión arterial
 - Embarazo parto y puerperio
-

Las características comunes a los Programas Claves de Atención interdisciplinaria (PCAI):

- Promueven una atención más accesible, centrada en el paciente, segura, clínicamente efectiva y con una **utilización de recursos** adecuada.
- Su aplicación reduce la **variabilidad inaceptable** en la calidad asistencial.
- Centra la atención en el paciente con **necesidades de salud homogéneas**
- Facilita el mejor uso del **conocimiento y habilidades** de los profesionales
- Persigue la coordinación real de profesionales de **múltiples disciplinas** distribuidos en todos los niveles donde se atiende el problema de salud, reflejando los dispositivos locales.
- Vocación transformadora en las organizaciones, que aplicarán herramientas de **gestión por procesos**.
- **Participación de los profesionales** en el diseño e implantación del PCAI.
- **Solidez científica** incorporando la revisión crítica de la evidencia científica, estableciendo recomendaciones clínicas.
- Gestión y monitorización de **indicadores clave** del PCAI.
- Sensibles a la **satisfacción de las necesidades y expectativas** de los usuarios, escuchando su opinión (grupos focales con pacientes).

En el transcurso del desarrollo de los PCAI contaremos con los siguientes elementos:

- **Recomendaciones clínicas.** El ¿Qué?
- **Guía organizativa:** El ¿Cómo? ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con qué?
- **Un sistema de monitorización:** ¿Cómo mediremos la práctica?
- **Difusión e implantación del PCAI:** ¿Qué haremos para tener éxito en la aplicación del PCAI?

Los resultados que esperamos de los PCAI son:

- **Recomendaciones clínicas.** Selección de un conjunto de recomendaciones de la principales y mas actualizadas guías de práctica clínica, priorizando aquellas de mejor adaptación y de mayor necesidad de implantación en la comunidad Asturiana. (GPC), partiendo de las experiencias actuales en Asturias en la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de la condición clínica.
- **Desarrollo organizativo.** En esta etapa el objetivo básico es valorar el nivel de capacidad de los procesos existentes para favorecer la implantación de las recomendaciones clínicas priorizadas y posponer los cambios organizativos necesarios para su aplicación. Debatirá los flujos de pacientes y asignará las responsabilidades más importantes de cada categoría profesional en la atención de la condición clínica, criterios de derivación, ingreso, alta y acceso a otros niveles asistenciales, recursos necesarios y criterios de gestión que puedan facilitar la organización y administración de los recursos sanitarios y sociales en beneficio de la atención de los pacientes
- **Sistema de monitorización de los PCAI con indicadores clínicos y de gestión.** El equipo de trabajo propondrá estándares (o nivel deseado de cumplimiento del indicador), partiendo de la revisión bibliográfica o basándose en la experiencia existente a nivel nacional e internacional. Para los primeros años, algunos de estos indicadores tendrán que monitorizar el grado de cumplimiento de la guía de PCAI.
- **Recomendaciones para la difusión e implantación del PCAI** en la Comunidad Autónoma, detallando estrategias de comunicación, materiales para la formación, y sugerencias útiles para la implantación y el seguimiento.



B: OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

El objetivo principal es conseguir mejorar la calidad de la atención socio-sanitaria que se presta a los pacientes diagnosticados de depresión y que solicitan atención en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Esta guía persigue establecer unas directrices de actuación homogénea de cara a realizar el correcto diagnóstico y el abordaje integral del trastorno depresivo siguiendo criterios de calidad científico-técnica, con una optimización de los recursos socio-sanitarios encaminados a lograr la satisfacción del paciente.

C: ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS:

En esta guía se aborda de forma integral el proceso asistencial de los pacientes que sufren un síndrome depresivo, incluyendo los siguientes aspectos:

Definición, Epidemiología, Proceso de Evaluación, Clasificación y Criterios Diagnósticos, Abordaje Terapéutico Integral, Seguimiento del Proceso, Plan de Cuidados de Enfermería, Modelo Psicoeducativo e Intervención Social.

D: POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES:

Esta guía está dirigida a la atención de pacientes diagnosticados de DEPRESIÓN y que solicitan tratamiento en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

E: GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO:

José Arbesú Prieto

Inmaculada Fernández Rodríguez

Luis Gago Argüello

Loreto García García

Juan García Haro

Guillermo García Velasco

Laura Iglesias Fernández

Azucena Martínez Acebal

Begoña Martínez Argüelles

Natividad Martínez Díez

Pilar Valladares Rodríguez (Coordinadora)

F: PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO

Esta guía está dirigida a los profesionales del Principado de Asturias que intervienen en el proceso terapéutico de los pacientes que precisan atención por un síndrome depresivo.

G. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

1. IDENTIFICACION DE PROFESIONALES Y ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE TRABAJO

En esta fase se identificaron los profesionales para el PCAI, se elaboró una guía de trabajo para el proceso de selección de recomendaciones clínicas y se constituyó el grupo profesional.

2. SELECCION DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Se realizó el proceso de búsqueda y evaluación de guías de práctica clínica, selección y cribaje de las guías mejor evaluadas y recopilación de la versión electrónica para distribución entre los miembros del grupo.

Para la evaluación de las guías de práctica clínica se utilizó el instrumento de evaluación AGREE. Solamente se distribuyeron entre los componentes del grupo las guías que tenían una puntuación alta en el AGREE.

3. DEFINICION Y ASIGNACION DE APARTADOS PARA CADA INTEGRANTE

Cada grupo definió el alcance de la guía (niveles de atención y procesos clínicos a incluir) así como la definición del contenido y orden de los apartados o ítems de la guía.

Asimismo, y de acuerdo a las áreas de trabajo, experiencia y/o especialidades de los profesionales, se asignó a cada integrante los apartados a desarrollar.

4. ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Cada miembro del grupo, de acuerdo al área temática que le fue asignada, seleccionó y redactó un conjunto de recomendaciones con los grados de evidencia y niveles de recomendación correspondiente.

Acabado el trabajo individual, se procedió a la compilación de las recomendaciones para constituir un único instrumento de trabajo.

5. EVALUACION Y CONSENSO DE LAS RECOMENDACIONES

Se realizan comentarios, discusión y acuerdo sobre la redacción y pertinencia de las recomendaciones.

6. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LA FACTIBILIDAD DE IMPLANTACIÓN

Se realizó una evaluación de la factibilidad de implantación de las recomendaciones clínicas. Los evaluadores evaluaron mediante una parrilla de priorización las dificultades organizativas que implicaría la implantación de las recomendaciones.

7. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CLAVE.

Los integrantes del grupo identificaron para cada apartado un conjunto de "Recomendaciones clave".

Las recomendaciones clave se refieren al conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en el Principado Asturiano, definidas como de mayor necesidad de prestación a los pacientes del Principado, incorporando para su evaluación criterios de relevancia clínica, nivel de implantación, nivel de evidencia y factibilidad organizativa

8. PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Se propone una estructura y un formato para el conjunto de los PCAI, con tal de homogeneizar su presentación y facilitar su comprensión.

H. TABLA DE CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

Para la elaboración de las recomendaciones se ha utilizado la siguiente clasificación de recomendaciones y nivel de evidencia basada en el formato del American College of Cardiology/American Heart Association y adaptando a las mismas las recomendaciones del The U.S. Preventive Services Task Force para atención primaria (Algoritmo 1).

Las recomendaciones se basan en 4 grados de recomendación:

CLASE I: Recomendación de que la intervención o tratamiento es útil/efectivo.

CLASE IIa: Recomendación favorable a que el tratamiento o la intervención es útil/efectivo. Son necesarios estudios adicionales con objetivos específicos

CLASE IIb: Utilidad/eficacia de la recomendación no tan bien establecida. Son necesarios estudios adicionales con objetivos amplios; sería útil un registro de datos adicional.

CLASE III: Recomendación de que la intervención o el tratamiento no es útil/efectivo y puede ser perjudicial. No son necesarios estudios adicionales.

Cada grado de recomendación se acompaña de 3 niveles de evidencia, basados en la consistencia general del sentido y la magnitud del efecto

I. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN

- La revisión de ésta guía se realizará cada 2 años.
- Un grupo multidisciplinar revisará la guía, comparará con la evidencia disponible, propondrá cambios y consensuará nuevas recomendaciones.
- Dependiendo del número de modificaciones, el grupo discutirá la necesidad de la publicación de un nuevo documento o de un adenda

- Las nuevas recomendaciones serán publicadas y sometidas a un período de revisión para que todos los profesionales implicados en la atención de pacientes con depresión puedan aportar comentarios y sugerencias. Transcurrido este tiempo se puede dar por actualizada la guía hasta el período establecido por el grupo o por defecto en dos años más.

II. SEGUNDA PARTE: RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A. INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Este documento contiene una recopilación bibliográfica de recomendaciones clínicas realizadas por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios que participan en la atención de pacientes con depresión.

Han sido sometidas a un proceso de evaluación, consenso y adaptación a la realidad Asturiana.

En el apartado de metodología se describen con detalle los criterios utilizados para la selección y adopción de la evidencia.

Las siguientes recomendaciones clínicas están ordenadas en tres apartados:

a. Recomendaciones clave:

Conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en el Comunidad Asturiana

Se trata de un conjunto de recomendaciones de gran relevancia no implantadas o implantadas irregularmente en el territorio Asturiano

b. Recomendaciones generales:

Descripción de todas las recomendaciones seleccionadas por los integrantes del grupo

c. Algoritmos:

Aspectos clínicos más importantes que incorporan criterios de decisión, que tienen múltiples alternativas, o que mediante una representación gráfica pueden facilitar la utilización de las recomendaciones.

B. RECOMENDACIONES CLAVE:

Se identificaron para cada apartado un conjunto de “Recomendaciones clave”, de especial prioridad de implantación en el Comunidad Asturiana basadas en el Plan de Salud para Asturias 2004-2007, en el Plan Integral de manejo de la Depresión del Ministerio de Sanidad y Consumo y en las recomendaciones escritas.

<input checked="" type="checkbox"/>	Previo a la instauración de un tratamiento antidepresivo, es preciso realizar un diagnóstico correcto, excluyendo las fluctuaciones emocionales como reacción a diversos acontecimientos vitales.
<input checked="" type="checkbox"/>	Se recomienda la utilización de los ISRS como primera opción de tratamiento psicofarmacológico. Los AD de acción dual pueden ser también considerados fármacos de primera línea.
<input checked="" type="checkbox"/>	En pacientes diagnosticados de trastornos depresivos, es imprescindible explorar riesgo suicida y en caso de valorar la existencia del mismo, instaurar las adecuadas medidas de control y tratamiento.
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizar dosis eficaces de AD, durante un tiempo suficiente y constatando el correcto cumplimiento terapéutico. Vigilar el tratamiento farmacológico con mayor asiduidad durante las primeras semanas, por la posible presentación de efectos adversos. Informar al paciente de los mismos y del periodo de latencia.
<input checked="" type="checkbox"/>	Tras un primer episodio depresivo, con una remisión sintomática completa, mantener el tratamiento AD durante un periodo de 6 - 12 meses.
<input checked="" type="checkbox"/>	Todos los pacientes a los que se les prescriben fármacos AD, deberían ser informados de que puede presentarse un síndrome de discontinuación ante interrupciones bruscas del tratamiento, olvidos de dosis o reducción de las mismas.
<input checked="" type="checkbox"/>	Derecho a la psicoterapia como prestación sanitaria pública.
<input checked="" type="checkbox"/>	Realizar indicaciones psicoterapéuticas desde Atención Primaria en depresiones reactivas o trastornos adaptativos u ofertar tratamientos psicoterapéuticos desde especializada.
<input checked="" type="checkbox"/>	En las depresiones severas, graves y de larga evolución tratadas con psicofármacos introducir el tratamiento psicoterapéutico.
<input checked="" type="checkbox"/>	Debe derivarse al trabajador social de salud mental: Cuando se detecte una situación de riesgo social por problemas familiares, de vivienda, de carencia económica, o de vejez, sin los apoyos necesarios a nivel familiar y/o comunitario, y en situaciones de malos tratos físicos o psíquicos.

C. RECOMENDACIONES GENERALES

1. DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

DEFINICION

Todos los seres humanos experimentan fluctuaciones en su estado de ánimo como reacción a diversos acontecimientos vitales; en este sentido, no toda tristeza ni desilusión del ser humano constituye una depresión ni es subsidiaria de tratamiento.

El concepto de Depresión incluye síntomas afectivos, cognitivos y somáticos, siendo los afectivos los más específicos: tristeza patológica, baja autoestima, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, indecisión, fatiga

Todos estos síntomas suelen afectar al funcionamiento social, laboral e interpersonal.

EPIDEMIOLOGIA

El estudio más reciente sobre la epidemiología de los trastornos mentales psiquiátricos en la población general en España es la participación en el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), realizado en una muestra representativa de la población general mayor de 18 años de seis países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia) que ha incluido en la rama española a 5.473 individuos que se evaluaron utilizando la versión de la Composite Internacional Diagnostic Interview desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la OMS.

La tasa de respuestas en España fue del 78,6%, la más alta de los países participantes, en la representatividad de la muestra existe una ligera mayor proporción de mujeres, un sesgo frecuente de participación en los estudios poblacionales, no obstante los datos ponderados muestran unos valores muy cercanos a los de la población española del censo del 2001 (Instituto Nacional de Estadística).

Según los resultados del estudio, un 20% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% un trastorno en el último año (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor (3,9% de prevalencia-año) y (10,5% de prevalencia-vida).

En el estudio ESEMED no se evaluó la presencia de episodios maníacos, por lo que podría ocurrir que alguno de los participantes tuviese un trastorno bipolar.

Los problemas de salud mental afectan más a las mujeres que a los varones tanto en España como en el resto de los países. Se ha sugerido que el gradiente socio-económico de salud y las desigualdades económicas entre mujeres y hombres contribuyen a que las mujeres tengan peores resultados en salud mental, sobre todo asociándose a depresión.

En la tabla 1 se muestra la prevalencia de los trastornos afectivos o del estado del ánimo (%) en población española recogidos por grupos de edad.

Tabla 1

EDAD	TRASTORNOS AFECTIVOS
18-24	3,8
34-35	3,4
35-49	4,5
50-64	5,4
Mayores 65 años	4,4
Fuente: Estudio ESEMED	

Entre los trastornos del ánimo el más frecuente es el episodio depresivo mayor, aproximadamente un 10% de la población adulta lo padecerá en algún momento de su vida y aproximadamente un 4% lo ha padecido en el último año, en la tabla 2 se muestra la **prevalencia-vida** de los principales trastornos del ánimo siguiendo criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (%) Prevalencia vida

Tabla 2

	Total	Hombres	Mujeres
Episodio depresivo mayor	10,55	6,29	14,47
Distimia	3,65	1,85	5,29
Cualquier trastorno del ánimo (IC95%)	11,47 (10,45-12,49)	6,71 (5,49-7,93)	15,85 (14,34-17,36)
Fuente ESEMED			

En la tabla 3 se muestra la **prevalencia-año** de los trastornos del ánimo siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población Española)

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (%) Prevalencia año. Tabla 3

	Total	Hombres	Mujeres
Episodio depresivo mayor	3,96	2,15	5,62
Distimia	1,49	0,52	2,38
Cualquier trastorno del animo (IC95%)	4,37 (3,71-5,04)	2,33 (1,61-3,04)	6,25 (5,20-7,30)
Fuente ESEMED			

CARGA DE LA ENFERMEDAD

La Organización Mundial de la Salud(OMS) estima que los trastornos mentales o del comportamiento afectan a unos 450 millones de personas en todo el mundo y más de 150 millones sufren depresión en un momento dado.

El número de individuos con trastornos mentales probablemente aumentará con el envejecimiento de las poblaciones y como resultado de conflictos sociales lo que implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria.

La OMS estimó en el año 2001 que un tercio de los años vividos con discapacidad se atribuyen a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente el 12,15% de estos años se deben únicamente a depresión unipolar y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades.

Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos por abuso del alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

El total de personas con un certificado de discapacidad en España por causa psíquica era de 204.066 en 2005.

Los grupos con un nivel de ingresos económicos bajo muestran consistencia en todos los estudios como factor de riesgo para el trastorno depresivo mayor al igual que vivir en zonas urbanas.

Aunque son muy limitados los estudios epidemiológicos sobre salud mental con población inmigrante, los resultados apuntan a la inmigración como factor de riesgo para padecer problemas de salud mental

Los impactos económicos se expresan en la disminución de los ingresos personales, en la habilidad de la persona enferma-y frecuentemente de sus cuidadores-para trabajar, en la productividad en el ámbito del trabajo, en la contribución a la economía nacional así como en el aumento en la utilización de los servicios de atención y apoyo.

El costo económico de los trastornos mentales en países desarrollados se estima entre el 3-4% del producto interior bruto. El costo promedio anual incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por asegurado típico.

Bibliografía:

Invertir en SALUD MENTAL, publicación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

Organización Mundial de la Salud 2004 ISBN 92 4 356257 6 (Clasificación NLM:WM) Ginebra

Estudio ESEMED .Propuesta de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006

2. FACTORES DE RIESGO PARA PADECER UN TRASTORNO DEPRESIVO

El grupo de expertos del PAPPS en la elaboración de su documento sobre prevención de los trastornos mentales en Atención Primaria determina unos factores de vulnerabilidad en el desarrollo del trastorno depresivo:

1. En mujeres

- Pérdida de un progenitor antes de los 17 años(especialmente de la madre y antes de los 11años)
- Tres o más niños de 14 o menos años en casa
- Relación conyugal pobre, sin confianza
- Pérdida de empleo

2. En varones

- Pérdida de un progenitor antes de los 17 años
- Matrimonio emocionalmente pobre
- Desempleo

Población diana para un abordaje precoz del trastorno depresivo (PAPPS)

Síntomas y conductas sugerentes de psicopatología

- Pacientes con manifestaciones psicopatológicas
- Pacientes con síntomas somáticos inespecíficos (mareos, cefaleas, parestesias...)
- Pacientes consumidores habituales de psicofármacos o sustancias psicoactivas
- Pacientes pluriconsultantes y/o hiperfrecuentadores

Transiciones psicosociales con factores que dificultan su elaboración

- Infancia: pérdida o separación de los padres, pérdida del contacto con el hogar
 - Adolescencia: separación de los padres, del hogar y de la escuela, abuso de drogas o conductas desordenadas
 - Adultos jóvenes: ruptura matrimonial, embarazo, nacimiento de niño disminuido, paro, pérdida de progenitor, emigración psicosocial desasistida.
-

-Adultos y ancianos: jubilación, pérdida de funciones físicas, duelo, pérdida de familiar, enfermedad en la familia.

Factores de riesgo para el trastorno depresivo

- 1.Sexo femenino
- 2.Edad 16-24 años
- 3.Reciente alumbramiento
- 4.Antecedentes personales y/o familiares de depresión
- 5.Acontecimientos estresantes y dificultades presentes o en los tres meses previos
- 6.Pérdida de empleo, soledad y divorcio
- 7.Historia de abusos sexuales
- 8.Problemas económicos
- 9.Enfermedades crónicas que causan dolor y/o discapacidad
- 10.Abuso de sustancias
- 11.Factores genéticos

FACTORES DE PROTECCIÓN

- Estrategias de afrontamiento: Recursos y/o capacidades con los que cuenta un individuo para hacer frente a acontecimientos o situaciones potencialmente estresantes o amenazantes para el individuo y pueden ser internos (creencias, autoestima, atribuciones, compromisos) ó externos (normas, valores, apoyo social.....).

No existen patrones de afrontamientos perjudiciales o beneficiosos en sí mismos, sino que son adecuados o no en función de su eficacia para reducir el estrés provocado por un acontecimiento en un momento dado.

Resultan especialmente útiles estrategias que conducen a la percepción de autocontrol, la autoeficacia, la autoestima..... Esto genera bienestar emocional, cognitivo y físico.

El afrontamiento tiene importancia como modulador del estrés, en la promoción de la salud, en la recuperación de la enfermedad y en el ajuste a la misma.

- Apoyo social: "Información verbal o no verbal, ayuda tangible o acción prestada por íntimos o inferida de su presencia y que tiene efectos beneficiosos conductuales y emocionales en el receptor" (GOTTLIED).

Constituiría un "fondo" del que poder disponer cuando es necesario hacer frente a los estresares.

El apoyo social adecuado ejerce una acción directa promoviendo la salud e indirecta amortiguando los efectos del estrés, generando mecanismos adaptativos.

Los efectos del apoyo social percibido por el sujeto, sobre todo emocional “sentirse querido”, parecen ser más significativos que los del apoyo social recibido.

BIBLIOGRAFIA

- Guidelines for the treatment and management of depresión by primary healthcare professionals.National Advisory Committee on Health and Disability as advice to the Minister of Health.
 - New Zealand Guielines Group: Depression, information for primary health practitioners
 - Manual de Práctica Clínica en Atención Primaria.Coordinador.Josep Lluís Zaera Buitrago.Centre d’Atenció Primaria d’Amposta.Tarragona.
 - Sandín, Bonifacio. El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology 2003.
-

3. EVALUACIÓN Y CRIBADO DEL TRASTORNO DEPRESIVO

TEST DE CRIBADO: ESCALA DE DEPRESION DE GOLDBERG

Se trata de un instrumento útil por su brevedad, sencillez y aceptabilidad con los adecuados índices de validez, si el paciente contesta de forma afirmativa a tres o mas respuestas proporciona una sensibilidad del 85% y una especificidad del 90% para captar depresión, recomendada por el comité de expertos del PAPPs (Plan de Atención Primaria para la Prevención de la Salud)

APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN

- Sólo se deben puntuar los síntomas que duren más de 2 semanas.
- Las cuatro primeras preguntas de la escala son obligatorias y sólo en caso de contestar afirmativamente al menos a una se proseguirá con las cinco restantes.
- El punto de corte para probable depresión es de dos o más.

PREGUNTAS DE LA ESCALA

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
 2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?
 3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?
 4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanza?
- Continuar si hay respuesta afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 6. ¿Ha perdido peso?(a causa de su falta de apetito)
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
 9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

LIMITES DE LA ESCALA

- La escala no nos proporciona el diagnostico de "caso", solo la probabilidad de serlo, el diagnostico ha de confirmarse con la entrevista clínica.
-

Falsos positivos:

- Enfermedades somáticas graves
- Problemas sociales graves
- Afectación cerebral (demencia, delirio...)

Falsos negativos:

- Trastornos crónicos
 - Personalidades anormales
 - Conducta de negación
 - Afectación cerebral.
 - Conveniencia social
 - Alcoholismo y drogodependencia
-

4. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DEPRESIÓN

Hay cinco grandes áreas en las que se manifiestan los síntomas depresivos : afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y síntomas somáticos, sin que todos los síntomas tengan el mismo peso en el diagnóstico.

Así, tristeza y la anhedonia son síntomas nucleares de la depresión, en ocasiones la depresión se adjetiva según el síntoma predominante y se habla de depresión ansiosa, depresión somatizada (el 50%), depresiones agitadas, inhibidas y psicóticas.

AFECTIVIDAD:

Tristeza, anhedonia, apatía, indiferencia, ansiedad , irritabilidad y anestesia afectiva son síntomas del área de la afectividad.

PENSAMIENTO-COGNICION:

Curso de pensamiento pobre lento, monotemático y con carácter negativo, ideas de culpa, ruina e hipocondría, pérdida de autoestima, valoración negativa de todas las vivencias con desesperanza, déficit de concentración, atención y de memoria reciente.

CONDUCTA

Abandono personal, hipotonía general, aislamiento, llanto, inhiación psicomotriz y agitación en formas graves, intentos de suicidio.

RITMOS BIOLÓGICOS.

Para las depresiones endógenas: inicio primavera-otoño, peor a la mañana y mejoría vespertina, insomnio terminal o desvelo precoz.

TRASTORNOS SOMÁTICOS

Anorexia, pérdida de peso, insomnio (raramente hipersomnia), trastornos digestivos, algias y disfunciones sexuales.

ENTREVISTA CLINICA

Es necesario realizar una entrevista clínica centrada en el paciente practicando una escucha activa y empática, interesándonos por sus creencias, deseos y expectativas, preguntando por su vida familiar, social y laboral.

Debemos abordar la introspección del paciente mediante el estudio de las representaciones psíquicas del paciente (ideas, pensamientos y reflexión interior), valorando como nos relata su enfermedad, el contenido de sus pensamientos más o menos ricos y en qué grado el paciente puede asociar los acontecimientos vitales adversos y su sintomatología.

En la siguiente tabla se resume una entrevista clínica adecuada, con tareas a ejecutar y las posibles técnicas a utilizar:

TAREAS A EJECUTAR	TECNICAS POSIBLES
Saludo cordial	-Contacto visual, recibimiento personalizado dando a entender que es bienvenido
Acogida y exploración del motivo de consulta	-Dejar que el paciente se explique -Hacer facilitaciones para que hable
Delimitación de la demanda	-Clarificar -Prevenir demandas aditivas
Apoyo narrativo	-Explíqueme más... -Continue, le escucho.
Información específica básica	-Características del síntoma -Forma de inicio y cronología -Localización e irradiación -Intensidad
Información complementaria	-Factores desencadenantes -Factores asociados -Factores agravantes y yatrogenos -Otros datos epidemiológicos -Antecedentes personales y familiares -Evolución de la enfermedad -Impacto sociolaboral
Salto a la esfera psicosocial	-Creencias y expectativas -Personalidad -Adaptación a situaciones de estrés previas
Exploración física	-Petición de pruebas complementarias
Exploración psicológica	Tests: escala de ansiedad y depresión de Golberg, otros

Se recomienda empezar la entrevista con las tres preguntas hipocráticas: ¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo? ¿a qué lo atribuye?, valorar la esfera psicosocial en el ámbito familiar y laboral, preocupaciones del paciente y cómo se encuentra de estado de ánimo, algunas preguntas tipo serian:

CREENCIAS, interpretación del paciente sobre su padecimiento, podemos preguntarle:

¿Por qué cree que le pasa esto?

¿Con qué cree que puede tener relación?

ENTORNO del paciente en los diferentes ámbitos familiar y laboral, problemas económicos, indagando acerca de acontecimientos vitales adversos que pudieran ser los desencadenantes del cuadro depresivo, se podría preguntar:

¿Ha ocurrido últimamente algo importante en su vida?

¿Algún cambio familiar, social o laboral?

¿Tiene usted o alguien cercano algún problema legal?

ADAPTACIÓN AL MEDIO, preguntas tipo:

¿La vida le pide más de lo que puede dar?

¿Siente que le exigen de forma injusta o exagerada?

¿Se encuentra estresado?

ESTADO DE ANIMO del paciente, abordar con preguntas :

¿Se encuentra triste, preocupado ó desesperanzado?

¿Ha perdido interés por las cosas que le gustaban?

¿Piensa a menudo que la vida no tiene sentido?

¿Ha pensado hacer algo?

PERSONALIDAD, se examina cómo era y es ahora el paciente con preguntas tipo:

¿Ha cambiado últimamente de carácter, de forma de ser u actuar?

¿Era usted antes así?

¿Se considera una persona irritable, seria, nerviosa, alegre, triste, ordenada.....?

Bibliografía:

Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Programa de actividades preventivas y promoción de la Salud (PAPPS).semFYC 2001.

5. CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

I. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO (F32) O RECIDIVANTE (F33)

Criterio A. Presencia de cinco o más de los siguientes (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales:

1. Estado de ánimo depresivo - triste, disfórico, irritable... - la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo,..... En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.
2. Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

Síntomas somáticos:

3. Disminución o aumento del peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
4. Insomnio o hipersomnia, casi a diario.
5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud).
6. Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas psíquicos:

7. También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente.

Criterio B. Señala el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.

Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa (sobre este aspecto insistiremos más adelante).

Criterios o información complementaria. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la relativa inespecificidad de un diagnóstico descriptivo o sindrómico de una depresión.

- Gravedad/Síntomas psicóticos/Remisión (parcial o total). En el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si éstos son o no congruentes con el estado de ánimo.
- Cronicidad.
- Presencia de síntomas catatónicos.
- *Melancolía.* Criterios para su diagnóstico:
 - a. Uno de:
 - Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
 - Falta de reactividad a estímulos que habitualmente resultarían placenteros.
 - b. Tres o más:
 - *Cualidad distintiva del estado de ánimo* (por ejemplo distinto a la tristeza que puede provocar la muerte de una persona allegada).
 - Los síntomas son más intensos por la mañana. Ritmo circadiano.
 - Despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual).
 - Enlentecimiento o agitación psicomotriz marcados.
 - Anorexia o pérdida de peso significativas.
 - Culpabilidad excesiva o inapropiada.
 - *Síntomas atípicos*, como puedan ser el aumento de peso, la hipersomnia, el cansancio excesivo, la hipersensibilidad al rechazo. El síndrome constituido por síntomas atípicos se diagnostica como *depresión atípica*; diagnóstico al que algunos autores otorgan una importante consistencia diagnóstica y preconizan tratarlo con IMAOS como primera indicación.

- Inicio en el post-parto: *Depresión puerperal*.

II. TRASTORNO DISTÍMICO (F34.1)

Criterio A. Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o descrito por personas cercanas), durante al menos dos años (en niños, el estado de ánimo preponderante puede ser la irritabilidad o el enfado, y se requiere un tiempo mínimo de un año).

Criterio B. Dos o más de los siguientes:

- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía vital.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Criterio C. Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de enfermedad (un año para niños y adolescentes). De lo contrario, en lugar del trastorno distímico, se pasaría a hablar de un trastorno depresivo mayor crónico, o de un trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Antes de la aparición de la distimia pudo darse un episodio depresivo mayor previo, y para tal diagnóstico tuvo que remitir por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha. Tras dos años o más tras la eventual remisión de una distimia, puede darse un nuevo diagnóstico de depresión mayor, realizándose en este caso ambos diagnósticos (*depresión doble*).

Criterio E. Nunca ha habido un episodio maníaco, hipomaniaco, o mixto. Tampoco se dan criterios para un trastorno Ciclotímico.

Criterio F y G. Son criterios de exclusión, al igual que el E. Se descartan la esquizofrenia, trastorno delirante, consumo de sustancias tóxicas, y enfermedades médicas.

Criterio H. Los síntomas ocasionan un malestar importante, junto a un deterioro social, laboral, o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

Por último se especifica si el inicio es temprano (antes de los 21 años de edad), o tardío; y la presencia de síntomas atípicos.

III. TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO O MIXTO (ANSIEDAD Y ÁNIMO DEPRESIVO) (F43.20 Y F43.22)

Depresión reactiva: La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor del esperable en respuesta al factor estresante, con un deterioro significativo de su actividad interpersonal, social o laboral.

IV. TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO (F32.9)

Cortejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden ver en:

1. Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (*síndrome ansioso-depresivo*).
2. El llamado *trastorno disfórico premenstrual*.
3. *Trastorno depresivo post-psicótico* en la esquizofrenia: Por ejemplo, un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.

V. REACCIÓN DE DUELO

Reacciones psicológicas que se producen tras una pérdida significativa, ya sea de una persona, objeto u estado.

El trabajo de duelo es un proceso psicológico complejo para deshacer los vínculos establecidos y elaborar el dolor de la pérdida.

El duelo es un proceso normal aunque doloroso y responde bien al apoyo, la comprensión y el paso del tiempo.

En el DSMIV queda contemplada entre los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

En este grupo la alteración del estado de ánimo puede ser poco significativa y puede presentarse enmascarada con otros síntomas, tales como la pérdida de apetito, fallos mnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad.

PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA

El cuadro clínico está dominado por síntomas cognitivos (alteración de la memoria, desorientación, confusión.....), este cuadro es reversible y se resuelve con el tratamiento del trastorno depresivo mayor subyacente.

Algunos síntomas clínicos ayudan a diferenciar la pseudodemencia depresiva de la verdadera demencia. En general, los pacientes con pseudodemencia, al realizar tareas cognitivas, se esfuerzan relativamente menos, aunque se quejan de una mayor incapacidad que los pacientes con demencia. La pseudodemencia no presenta los signos de disfunción cortical (afasia, apraxia y agnosia) que se observan en la demencia degenerativa.

DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

En este grupo de población también puede resultar difícil el diagnóstico, ya que la queja fundamental en muchas ocasiones no es la tristeza o un estado de ánimo bajo. En la primera infancia pueden aparecer síntomas como quejas somáticas vagas o difusas, problemas con la alimentación, enuresis, etc.

En la adolescencia, la sintomatología puede manifestarse como un comportamiento irritable-desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados, entre lo que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, conductas parasuicidas, problemas escolares.

DEPRESIÓN POSTPARTO

La mayoría de las mujeres experimentan, pocos días después del parto, una sintomatología que rememora el cuadro clínico de una depresión leve (tristeza, ansiedad, tendencia al llanto, labilidad emocional). Estos síntomas suelen ceder en 1 semana y no precisan tratamiento.

El 10% de las mujeres en el posparto pueden desarrollar una depresión moderada-severa en las 6 primeras semanas del puerperio. Este cuadro es más frecuente en mujeres que tienen dificultades para concebir, en las que han tenido una actitud ambivalente ante la continuidad del embarazo, en las que han tenido malas relaciones con sus progenitores y en el seno de problemas conyugales.

El trastorno depresivo mayor asociado con síntomas psicóticos (psicosis posparto) es un cuadro clínico que interfiere gravemente en el cuidado del recién nacido y precisa tratamiento urgente.

ALCOHOLISMO, TOXICOMANIAS Y DEPRESIÓN

Las relaciones entre estas entidades clínicas pueden ser de diferentes formas:

- En ocasiones pacientes afectados de depresión pueden utilizar el alcohol o drogas para disminuir los síntomas.
- El abuso crónico de alcohol puede generar depresión.
- La depresión también se presenta en la abstinencia de sustancias como la cocaína o anfetaminas.
- Son posibles reacciones depresivas ante las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y familiares del consumo de alcohol y drogas.

Para valorar si la sintomatología depresiva que se presenta en muchos de estos casos corresponde a un trastorno afectivo primario, es preciso evaluar los síntomas después de la desintoxicación.

Bibliografía:

Fisterra. Depresión. Guías clínicas. 2006.

Tratado de Psiquiatría. Harold I. Kaplan. Benjamín J. Sadock.

Psiquiatría M. Gelder D. Gath y R. Mayou.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es esencial realizar un correcto diagnóstico diferencial entre la depresión y otros cuadros que cursan también con trastorno del estado de ánimo, fundamentalmente otras enfermedades psiquiátricas, enfermedades médicas y consumo de fármacos y otras sustancias.

Enfermedades psiquiátricas

- *Trastorno bipolar*: Se reconoce por su curso clínico en el que aparecen episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos.
- *Distimia*: Se suelen asociar factores psicosociales y rasgos de personalidad alterada. Los síntomas son de menor intensidad pero duran más de dos años.
- *Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido*: Casi siempre se puede identificar un desencadenante. Suele producir menor número de síntomas pero si cumpliera los criterios el diagnóstico sería de depresión mayor. Cabe señalar que tras la muerte de un ser querido los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a un episodio depresivo mayor.
- Ciertos *trastornos psicóticos* pueden cursar con síntomas depresivos como la esquizofrenia en su fase residual y también en los trastornos delirantes de forma reactiva o los trastornos esquizoafectivos.
- Los *trastornos de la conducta alimentaria* pueden iniciarse con síntomas afectivos y en su evolución en numerosas ocasiones presentan episodios depresivos asociados al igual que los *trastornos de la personalidad*.

Trastornos del ánimo inducidos por enfermedad médica

Este diagnóstico debe establecerse cuando la alteración de estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica. Esto se determina mediante la historia clínica, las pruebas de laboratorio o la exploración física. En ocasiones resulta difícil diferenciar si los síntomas son achacables a una reacción depresiva ante la enfermedad o una consecuencia fisiológica directa de la misma. En las enfermedades crónicas sobre todo en las de mal pronóstico la concomitancia de trastornos afectivos es muy elevada.

La diferenciación entre depresión y demencia resulta difícil por ser la sintomatología una manifestación más del estado demencial. Por otra parte la depresión en el anciano en muchas ocasiones adopta la forma de una demencia (pseudodemencia depresiva)

Enfermedades médicas frecuentemente asociadas a depresión

- Enfermedades neurológicas: Alzheimer
Parkinson
Esclerosis múltiple
Demencias subcorticales
Lesiones ocupantes de espacio
Traumatismo craneoencefálico
Enfermedad de Wilson
Enfermedad de Huntington
Epilepsia

 - Enfermedades oncológicas: Cáncer de páncreas
Tumores cerebrales

 - Enfermedades cardiovasculares: Post-infarto agudo de miocardio
Miocardiopatías
Insuficiencia cardiaca

 - Enfermedades infecciosas: Sida
Encefalitis
Tuberculosis
Mononucleosis infecciosa
Cuadros virales

 - Enfermedades endocrinas: Hipo e hipertiroidismo
Hipo e hiperaldosteronismo
Enfermedad de Cushing
Enfermedad de Addison
Hipogonadismo
Hiperprolactinemia
Diabetes mellitas
Hipoglucemia

 - Problemas dermatológicos: Alopecia
-

Urticaria y prurito

Psoriasis

Dermatitis atópica

Acné

Enfermedades reumatológicas:

Lupus eritematoso sistémico

Artritis reumatoide

Fibromialgia

Otras enfermedades:

Anemias

Déficit vitamínico (grupo B)

Trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias

Se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (droga, medicamento o tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

Entre los medicamentos más frecuentes se encuentran fármacos cardiovasculares, antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos, psicofármacos, hormonas...

Entre las drogas de abuso cabe destacar el alcohol, la cocaína, los opiáceos, las anfetaminas, el cannabis, las drogas de diseño.

Bibliografía:

Documentos Clínicos de SEMERGEN.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR.

6. ABORDAJE TERAPÉUTICO

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La OMS considera que la mayoría de los trastornos depresivos deben ser manejados por el médico de atención primaria pero existen una serie de circunstancias en las que es preciso derivar al especialista en salud mental:

- Cuadros depresivos con síntomas psicóticos o en el contexto de un trastorno bipolar.
- Depresión con sintomatología grave o atípica.
- Riesgo elevado de suicidio o intentos previos.
- Depresión recurrente con episodios frecuentes.
- Falta de respuesta a un tratamiento adecuado o respuesta parcial tras 4-6 meses de tratamiento.
- Comorbilidad psiquiátrica severa.
- Petición del paciente tras evaluación psicopatológica de médico.
- Existencia de patología orgánica grave.
- Depresión en mujer gestante.
- Presencia de trastornos de la personalidad.
- Abuso de tóxicos.
- Dificultades en el diagnóstico diferencial.
- Valoración de ingreso psiquiátrico.
- Valoración de terapia electroconvulsiva.
- Cuando se requieran peritajes judiciales.
- Cuando esté indicada una psicoterapia reglada.
- Depresión en la infancia o adolescencia.
- Cuando existan circunstancias sociales de alto riesgo.

Podemos distinguir dos tipos de derivación: la *urgente* y la *diferida*. Sólo en casos muy graves o agudos deberíamos derivar después de una primera visita. Entendemos por *urgencia psiquiátrica* aquel trastorno emocional, del pensamiento o de la conducta que requiere atención inmediata porque constituye una seria amenaza para la vida del paciente o de terceras personas. Un 20-30 % de dichas urgencias requiere de ingreso hospitalario.

En el resto de las situaciones es conveniente que el médico de familia evalúe más veces al paciente e incluso contacte directamente con el psiquiatra.

La información dirigida al especialista incluirá un resumen de los datos médicos más relevantes, el motivo de consulta y los tratamientos seguidos siendo recomendable la comunicación personal con el psiquiatra.

Es importante garantizar al paciente y sus familiares el posterior seguimiento por el médico de atención primaria con el fin de asegurar un buen cumplimiento terapéutico y resolver las posibles complicaciones médicas o psiquiátricas que pudieran aparecer.

Bibliografía:

Documentos clínicos de SEMERGEN "Depresión y Ansiedad" 2006

6.1 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA DEPRESIÓN

I. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA: TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Desde la conferencia de Alma-Ata (1978) la Atención Primaria se basa en la persona y en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esto implica, entender al paciente como una unidad personal inmersa en la comunidad (en el contexto). Desde esta concepción biopsicosocial de la asistencia sanitaria lo psicológico debe ocupar un lugar privilegiado en la asistencia a la Salud Mental en Atención Primaria.

La Atención Primaria es el primer nivel de asistencia sanitaria y supone un escalón profesionalizado de intervención de los problemas de Salud Mental. De hecho la mayoría de los pacientes depresivos son tratados, por lo menos en algún momento de su enfermedad en las consultas de Atención Primaria.

Hoy en día, los tratamientos psicológicos “formales”, es decir las psicoterapias son difícilmente aplicables en Atención Primaria no solo por cuestiones de formación sino también de disponibilidad de los propios equipos asistenciales.

Más que hablar de psicoterapia en AP es preferible hablar de ayuda psicológica, este matiz es más acorde con nuestra realidad asistencial y se trataría de la ayuda que pueden proporcionar al paciente y a su entorno con su actitud, orientaciones o formas de actuar.

La preocupación por este tema ha llevado al desarrollo de formatos de tratamientos psicoterapéuticos especialmente pensados para ser aplicados en Atención Primaria.

A) ALGUNAS PROPUESTAS DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS BREVES

- Desde el modelo psicoanalítico estaría la propuesta de Balint, donde se describió la técnica del “Flash”.
 - Más estandarizadas son las descritas por Castelnuovo-Tedesco en “La hora de veinte minutos” y la Terapia Interpersonal Atención Primaria.
 - En el marco de la terapia cognitivo conductual resulta especialmente recomendada la técnica de resolución de problemas.
 - Desde la Terapia Sistémica nace la Terapia Familiar Breve. Esta terapia posee técnicas terapéuticas sencillas, que aplicadas en el marco de la entrevista clínica puede fomentar soluciones eficaces.
 - Todas estas intervenciones rotuladas como “breves” precisan de un entrenamiento y formación específica por parte de los profesionales de Atención Primaria, y en colaboración con los equipos de salud mental.
-

B) SEGUIMIENTOS DE APOYO PSICOLÓGICO

En su práctica diaria el MAP realiza apoyo psicológico a través de técnicas de intervención poco “formales” muy “abiertas” integradas en la entrevista clínica. En este contexto ofrece al usuario información, orientación y consejo. Explicación y educación para la salud acerca de su trastorno depresivo, apoyo personal y familiar en momentos de crisis, desarrollo de sistemas de defensa y protección. Promoción de la búsqueda y desarrollo de soluciones eficaces que en muchos casos ya forman parte del repertorio comportamental del paciente (factores de protección).

C) ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. ACTITUDES DEL TERAPEUTA QUE FAVORECEN LA RELACION CON EL PACIENTE.

En función del tipo de relación que se establezca el paciente estará más o menos abierto a aceptar la definición del problema (enfermedad) que hace el médico, la definición de la solución (fármacos, modificación de hábitos, etc.), y también a someterse a los tratamientos y pautas terapéuticas derivadas de las definiciones previas del problema y de la solución.

- **Calidez y Cordialidad.** El médico ha de crear, desde los primeros contactos con el paciente, una atmósfera que permita sentirse a éste en la situación de consulta fuera de peligro, seguro, respetado como persona, no juzgado. Evitar juicios morales.

- **Autenticidad.** Por ejemplo mostrar una sonrisa forzada en un momento dado, utilizar frases hechas o utilizar con frecuencia frases con doble sentido, pueden provocar serias interferencias en su confianza y sinceridad.

- **Comprensión empática.** Es la habilidad que tiene el médico para ponerse en el lugar del paciente y, desde ahí, comprender sus emociones, pensamientos y conductas. El paciente ha de sentirse comprendido y respetado (como interlocutor válido) por el médico, lo que supone sentirle cerca y que está involucrado en su problema, pero al mismo tiempo ha de percibir que tiene suficiente distancia emocional como para poder ser objetivo y profesional con el análisis de sus problemas y tratamiento.

Lo que hay que evitar: existen una serie de actitudes básicas que pueden garantizar el fracaso terapéutico:

- Ser pasivo.
 - Estar inactivo.
 - Estar pensativo.
 - Estar en silencio.
 - Desconfiar.
-

2. LA ENTREVISTA

La entrevista clínica es el acto médico que si se realiza adecuadamente en sí misma ya es terapéutica. Constituye el instrumento básico tanto para la obtención de información directa como para estructurar en torno a ella los demás métodos de evaluación. Además de su importancia diagnóstica es decisiva para el propio proceso terapéutico.

La actitud que mantiene el terapeuta y los objetivos que considere prioritarios en las primeras entrevistas, son aspectos especialmente a cuidar puesto que, pueden tener una influencia decisiva en la asistencia del paciente a las consultas posteriores y en el desarrollo de proceso terapéutico.

D) IMPORTANCIA DEL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE

En el primer contacto es importante atender al **motivo de consulta o demanda**. La satisfacción tanto afectiva como cognitiva del paciente va a depender en gran medida del conocimiento y análisis de la demanda, tanto en su parte explícita como implícita.

Es conveniente consensuar unos objetivos alcanzables y realistas que faciliten la valoración del trabajo terapéutico y que marcan el contexto de intervención y colaboración necesario para ayudar al paciente a alcanzar el máximo bienestar posible.

E) LAS MEDICINAS NO ES LO UNICO QUE PUEDE DAR EL MÉDICO

Una dificultad muy frecuente por parte del acto médico es cómo conseguir una observación participante sin actuar de forma inmediata. Esta contención frecuentemente está protagonizada por el fármaco. Por un lado, el propio médico tiene dificultades desde su formación y experiencia en no indicar algún tratamiento farmacológico, que además de reforzar su rol constituye un ritual que facilita el fin de la consulta. Por otro lado, el paciente puede no sentirse confirmado sin una receta, que en algunas ocasiones es el único nexo a través del cual se mantiene una relación con su médico. Afortunadamente, cada vez más, el usuario hace demandas de contención y apoyo emocional o terapéutica que van más allá de la mera utilización del psicofármaco.

Tras una evaluación psicosocial y contextualización del trastorno depresivo el paciente entendería la congruencia de indicaciones o prescripciones psicológicas, evitando en lo posible la medicalización y cronificación de los problemas.

Fomentar los recursos psicológicos de salud con los que cuenta el paciente facilita una primera elaboración de la situación de malestar y las posibles soluciones a la misma.

F) FACTORES DE PROTECCIÓN: RED DE APOYO SOCIAL

El médico de Atención Primaria debe buscar la presencia de factores de protección que puedan compensar los elementos de riesgo que hay en la vida o en el ambiente de una persona deprimida.

Estos factores pueden ser:

- De carácter social: las relaciones de confianza y apoyo constituyen un factor de protección.
- De carácter personal: se refiere al poder de recuperar y habilidad de volver otra vez a los patrones de competencia que caracterizan al individuo antes del periodo de depresión.

La familia, como núcleo básico de salud, pasando por las amistades, hasta las instituciones o recursos comunitarios donde está inmerso el sujeto constituyen la red de apoyo social del paciente deprimido. Por las características psicopatológicas de la depresión favorecer el desarrollo de esta red social es un factor de protección potente y eficaz.

G) LA DERIVACION

Es necesario cuidar la información que se da al usuario, los motivos y las expectativas que se le transmite respecto al tratamiento en salud mental. De cómo se realice este proceso va a depender en parte la futura relación del paciente con su terapeuta, favoreciendo o enturbiando los resultados terapéuticos.

La decisión de derivar a salud mental debería estar consensuada con el paciente y/o familia. Si el paciente tiene dudas o no ve clara la derivación es conveniente dedicar un tiempo a aclarar este tema.

II. MANEJO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA: TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La depresión por sus características psicopatológicas, es probablemente uno de los trastornos más sensible y receptivo a los tratamientos psicológicos.

Aunque existe un gran elenco de psicoterapias (humanistas, sistémicas, psicodinámicas, conductistas, cognitivas, gestálticas, etc.), no todas están en el mismo momento de desarrollo en relación a la evaluación de resultados y demostración de su eficacia.

Existen muchas investigaciones que han demostrado la eficacia y efectividad de las psicoterapias en la depresión en comparación con placebo, listas de espera o medicación antidepressiva.

No se trata de establecer una lucha dicotómica ni de incurrir en un reduccionismo psicologicista ni biologicista promulgando la superioridad de los tratamientos psicológicos sobre los farmacológicos ni viceversa. Desmedicalizar la depresión y reivindicar las terapias psicológicas no implica excluir otras alternativas terapéuticas, sino más bien integrarlas para el beneficio de los usuarios.

Los estudios comparativos sobre resultados entre diferentes tratamientos psicoterapéuticos encuentran que en la mayoría de las investigaciones no existen diferencias en cuanto a eficacia. Las diferentes psicoterapias funcionan sobre todo por lo que tiene en común, y sólo en un pequeño porcentaje por lo que cada una tiene de específico.

La investigación en factores comunes a través de metanálisis señala que las variables relacionadas con el cliente (motivación para el cambio, recursos, estilo de afrontamiento, etc.), del terapeuta (habilidad para generar expectativas de cambio), y sobre todo del ajuste entre ambas (construcción de una buena relación o alianza terapéutica) son las que más contribuyen al cambio terapéutico, siendo el factor “técnica” menos relevante.

A) PSICOTERAPIAS EFICACES Y EFECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Los tratamientos psicológicos con mejor apoyo empírico en el tratamiento de la depresión son:

- La Terapia de Conducta: incluye el Programa de Actividades Agradables, la Activación Conductual, el entrenamiento en Habilidades Sociales, la terapia de Autocontrol de Rehm, el entrenamiento en Solución de Problemas y el Curso para el Afrontamiento de la Depresión de Lewinsohn.
- La Terapia Cognitiva de Beck
- La Terapia Interpersonal de Klerman
- La terapia Marital Conductual cuando existe discordia marital y depresión.
- La terapia Familiar Sistémica
- La psicoterapia Dinámica

Hay datos que avalan la eficacia de los formatos grupales para el tratamiento de la depresión.

B) ELECCIÓN DE LA PSICOTERAPIA

A la hora de elegir una determinada terapia para un paciente concreto deben tenerse en cuenta además de las variables específicas del trastorno (tipo de depresión, gravedad de los síntomas, comorbilidad con otros

trastornos) y la propia eficacia de los tratamientos según diagnóstico psicopatológico las siguientes variables:

- las variables del paciente como el estilo de afrontamiento, los recursos personales, etc.
- las anteriores experiencias terapéuticas.
- la constelación de problemas que presenta.
- la motivación para el cambio.
- las preferencias de tratamiento.

Se recomienda ajustar el tratamiento a las preferencias de los usuarios.

Los factores clínicos que pueden sugerir el uso de intervenciones psicoterapéuticas incluyen la presencia de estresores psicosociales significativos, conflicto intrapsíquico, dificultades interpersonales, o comorbilidad de trastornos del eje II.

El éxito de un tratamiento depende no solo ni principalmente de la técnica elegida sino de una serie de variables del paciente (motivación para el cambio, estilo de afrontamiento, etc.), del terapeuta (habilidad para generar expectativas de cambio) y sobre todo del ajuste entre ambas (relación o alianza terapéutica).

Teniendo en cuenta esto y nuestra situación asistencial, pensamos que debe privilegiarse la figura de un experto en psicoterapia de tipo *generalista* que pueda intervenir con eficacia en un amplio número de situaciones clínicas, y no tanto en una patología concreta (depresión) o subtipo de ella (distimia). En este sentido y teniendo en cuenta que no existe ningún modelo "totalizante" para comprender y abordar la depresión, pensamos que el terapeuta debe estar familiarizado con varios tipos de conocimientos, habilidades y técnicas contrastadas pertenecientes a otros modelos y que en un momento determinado del proceso terapéutico pueda ser necesario incluir en el tratamiento del paciente depresivo.

La aplicación de las psicoterapias dentro de los Servicios Públicos no está exenta de dificultades, quizá la queja más frecuente por parte de los clínicos está centrada en la falta del tiempo que este tipo de tratamiento exige. Esto, unido al aumento de la demanda (Según el Plan estratégico para el desarrollo de los servicios de salud mental (SESPA, 2000) los mayores incrementos se han dado para las neurosis y los trastornos de adaptación) ha hecho necesario la incorporación de nuevos modelos de intervención con formatos más breves (aunque no por ello menos eficaces) y que den respuesta a las necesidades de los usuarios.

La mayoría de las psicoterapias mencionadas anteriormente son terapias breves, consisten en un programa estructurado del orden de 12-16 sesiones, con algunas adicionales. Las primeras sesiones se aplican con un menor intervalo de tiempo y a medida que avanza el tratamiento este intervalo se va espaciando. Todos son susceptibles de su aplicación en grupo, y no sólo como tratamiento agudo, sino también como continuación y mantenimiento. La mayoría de ellas además están manualizadas y pueden ser aprendidas mediante programas de formación.

La terapia breve encaja bien en las expectativas de los pacientes cuando inician un tratamiento psicoterapéutico.

C) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Pese a la evidencia demostrada en numerosos estudios sobre la eficacia y efectividad de las psicoterapias en el tratamiento de los trastornos depresivos, y de que en la mayoría de los trabajos revisados se establecen como tratamientos de elección (tomando como referencia el trastorno depresivo mayor en adultos), para una gravedad leve-moderada y tanto en la fase aguda como en la continuación (previniendo recaídas) y en el mantenimiento (previniendo recurrencias), sorprende que en casi todas las guías consultadas se le conceda una mínima parte, siendo su tratamiento alarmantemente simple e inespecífico. Esto hace que la práctica clínica en nuestro país continúe haciendo uso prioritario del tratamiento psicofarmacológico en el manejo de los mismos, a pesar de que la evidencia "científica" recomienda lo contrario.

Dado que la demanda asistencial hace imposible ofertar tratamiento psicoterapéutico a todas las personas que pudieran beneficiarse de ella, se debería aumentar la oferta de este tipo de abordajes y definir las prioridades asistenciales.

Es habitual la recomendación de que los pacientes que sufren una depresión moderada a severa, deben recibir tratamiento farmacológico y aquellos que la padecen leve a moderada, pueden recibir psicoterapia como primera línea de tratamiento. Sin embargo, si tenemos en cuenta la evidencia, se debería recomendar empezar una psicoterapia (en la mayoría de los casos) y si no hay una respuesta positiva (durante un tiempo razonable, 6-8 semanas) añadir psicofármacos.

Por otro lado, aunque las guías clínicas recomiendan el tratamiento combinado como elección, los psicofármacos serían recomendables en depresiones con las siguientes características: graves/severas, crónicas/recurrentes, endógenas/melancólicas, psicóticas, resistentes y/o de inicio muy agudo que impide

el abordaje psicológico. Igualmente, la medicación sería la opción si el consultante lo prefiere o desea explícitamente.

Es imprescindible un mayor esfuerzo por parte de la administración en asegurar ciertas condiciones mínimas de viabilidad de la psicoterapia en el ámbito de la salud mental (selección adecuada de los pacientes, frecuencia de las sesiones, duración de las sesiones, etc.), así como el desarrollo de programas de investigación sobre eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos, y sobre todo programas de investigación centrados variables de proceso como las derivadas de la interacción entre terapeuta y cliente y todo esto en contextos naturales.

Finalmente es fundamental promover la formación de los profesionales en el conocimiento y dominio de estos tratamientos.

6.1.1. Tratamientos psicológicos de la depresión	NE	GR
6.1.2. Programa de Actividades Agradables-Activación conductual	Ib	A
6.1.3. Entrenamiento en Habilidades Sociales	Ila	B
6.1.4. Curso de Afrontamiento de la depresión (CAD) de Lewinsohn	Ila	B
6.1.5. Terapia de Autocontrol	Ila	B
6.1.6. Terapia de Solución de Problemas	Ila	B
6.1.7. Terapia Marital/de Pareja Conductual	Ib	A
6.1.8. Terapia Cognitiva de depresión Beck	Ib	A
6.1.9. Terapia Interpersonal	Ib	A
6.1.10. Terapia Familiar Sistémica	III	B
6.1.11. Terapia Psicodinámica	III	B

BIBLIOGRAFÍA:

Alberdi Sudupe, J., Tabeada, O., Castro Dono, C. y Vázquez Ventosos, C. (2006). Depresión. Guías clínicas, 6 (11). www.fisterra.com.

Antonuccio, D.O., Lewinsohn, P., Piasecki, M. y Ferguson, R.(2000). Major depressive episode. En Hersen y Biaggio (comps.), *Effective brief therapies: a clinician's guide*. Academic Press.

Antonuccio, D.O., Thomas, M. y Danton, W.G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*,28,187-210.

Aranda Estrada, B., Beyeback, M. y Herrero de Vega, M. (2006) El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultado. *Revista Mosaico*, 36, pp. 33-41.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.

Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.

Chambless D. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidencie. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Depression Guideline Panel (1993). *Depression in primary care. Vol. 2. Treatment of major depression (Clinical Practice Guideline no. 5)*. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z. y Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behaviour therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am. J. Psychiatry*, 156 (7) 1007-13

Diéguez Porres, M.; Rodríguez vega, B, y Fernández Liria, A. (2001). Psicoterapia en Atención Primaria: consejo interpersonal para la depresión, *MEDIFAM*, 11, (3) 156-162.

Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markeley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(108), 509-535.

Fernández Rodríguez, L.J. (1999). *Aspectos básicos en Salud Mental en Atención Primaria*. Ed. Trotta.

Figuroa, G. (2002). Psicoterapia y farmacoterapia en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, vol. 40, 77-95.

Gobierno de Chile. Ministerio de salud (2006). Guía clínica. Tratamiento de personas con depresión.

Haley, J. (1976). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.

Horvath, A. O.; Symonds, B. D. (1.991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Itziar Güemes, J.B. (2006). La eficacia de las psicoterapias breves estructuradas en el tratamiento de los trastornos afectivos en la atención ambulatoria, *Norte de Salud Mental*, 25, 15-25.

L. Vázquez, F.; F. Muñoz, R. y Becoña, E: (2000) ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados?, *Psicología Conductual*, vol. 8, (3), 561-591.

Labrador Encinas, F.J., Vallejo Pareja, M.A., Matellanes Matellanes, M., Echeburúa Odriozola, E., Bados López, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Papeles del Psicólogo*, Vol.

Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolf, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. y Everitt, B. (2000). Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.

López Rodríguez, J.; López Butrón, M.A.; Vargas Terrez, B.E. y Villamil Salcedo, V. (2004). Estudio doble ciego con antidepressivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. *Salud Mental*, vol. 27, (5), 53-61.

Papeles del Psicólogo (2004). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Revista del COP*, Vol. 25, 87.

Perelló, M.J., Martínez, C. y Llorens, N. (2001). Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión, *Informació psicológica*, 46, 43-49.

Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28 (2), pp. 97-110.

Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos, *Psicothema*, Vol. 13,(3), 523-529.

Pérez Álvarez, M. y Montes, J.M.G. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, Vol. 13 (3) pp. 493-510.

Pérez Álvarez, M. y Montes, J.M.G. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp.161-195). Madrid: Pirámide.

Rodríguez-Arias Palomo, J.L.; Real Pérez, M.; Castillo Oti, J.M. y Real Pérez, M.A. (2001). Psicoterapia familiar breve. Cómo facilitar el cumplimiento terapéutico a través de la modalidad de cooperación de los pacientes. *Atención Primaria*. Vol. 27 (7) 514-520.

Rodríguez-Naranjo, C. y Godoy, A. (1997). Factores que predicen la eficacia de diferentes tratamientos para la depresión leve o disforia. *Psicothema*, Vol.9 (1) 105-117.

Schramm, E. (1998). *Psicoterapia interpersonal*. Barcelona: Masson.

Solé P., J.(1995). Psicoterapia interpersonal (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*,22(4),91-99.

Solé P., J.(1995). Psicoterapia interpersonal (II). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*,22(5),120-131.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *The Clinical Psychologist*,48, 3-29.

Tizón García, J.L. (1992). *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Ed. Doyma.

Tizón, J.L. (1994). Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las terapias de flash. II. Los procesos de sensibilización a lo psicológico, terapias de flash o terapias ultrabreves, *Informaciones psiquiátricas*, 138, 369-392.

6.2 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO

6.2.1 Consideraciones previas en el abordaje del trastorno depresivo:

- Se debe establecer la gravedad valorando antecedentes de episodios depresivos, ingresos psiquiátricos, episodios de manía o hipomanía, intentos de suicidio, alcoholismo u otras adicciones y presencia de síntomas psicóticos.
- Evaluar e iniciar en primer lugar el tratamiento de los procesos médicos subyacentes.
- Intervenir sobre el abuso de drogas o alcohol antes de intentar otras intervenciones.

La relación clínica entre médico y paciente precisa una alianza terapéutica basada en la confianza, de la que depende gran parte de la efectividad de cualquier tipo de abordaje terapéutico. Por ello, una vez realizado el diagnóstico, se debe explicar de forma comprensible el significado de la depresión, explorar las ideas, creencias y temores del paciente, evitando hacer simplificaciones y juicios de valor del proceso.

Se debe aclarar de forma sencilla y comprensible lo que puede ofrecer la psicoterapia y el tratamiento farmacológico, su necesidad, el tiempo de latencia, las diferentes fases en el tratamiento, su duración y los posibles efectos secundarios e interacciones con otros fármacos y los efectos de una interrupción brusca del tratamiento.

El tratamiento incluye la fase aguda (dirigida a obtener la remisión), la fase de continuación (se mantiene la remisión y se previenen las recaídas) y la fase de mantenimiento (orientada a prevenir la recidiva).

Objetivos del tratamiento:

- Reducir y eliminar los síntomas depresivos.
- Recuperar el funcionamiento biopsicosocial y laboral.
- Disminuir el riesgo de suicidio.
- Minimizar la morbilidad reduciendo recaídas o cronicidad.
- Prevenir la comorbilidad.
- Prevención de recaídas depresivas y reducción en lo posible de los efectos adversos del tratamiento.

Tratamiento Psicofarmacológico

Indicaciones:

- Trastornos bipolares.
-

- Trastorno depresivo mayor moderado y grave (único o recidivante).
- En algunos casos de distimia y ciclotimia según la intensidad de los síntomas.
- En el trastorno depresivo leve no está indicado el tratamiento con fármacos en la fase inicial, excepto si el paciente ha presentado anteriormente depresión moderada o grave. Se aconseja sólo ante un fracaso de la psicoterapia o ante problemas psicosociales o médicos concomitantes.

Clasificación de los antidepresivos:

Existen diferentes fármacos con acción antidepresiva. Se pueden clasificar:

- 1- Según su *mecanismo de acción*: Inhibidores de la recaptación de la monoaminoxidasa -IMAO-, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina- ISRS-, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina -IRSN, noradrenérgicos y serotoninérgicos selectivos - NASSAetc.
- 2- Según su *estructura molecular* (tricíclicos, heterocíclicos...).

En la tabla 1 se muestran los más utilizados.

Como elegir un antidepresivo

Los diferentes grupos terapéuticos, dosis recomendadas, efectos secundarios y contraindicaciones se exponen en la tabla 1.

Como marco general la elección de un antidepresivo debería tener en cuenta:

1. Aspectos farmacológicos: *eficacia*, *seguridad* (interacciones, tolerancia, efectos secundarios), *conveniencia* (pauta de administración, posología,...) y la relación *coste-beneficio*.
2. Aspectos individuales: edad, intentos de suicidio previos, respuesta previa a otros tratamientos.
3. En función del perfil predominante en los síntomas del paciente:
 - Angustia, con predominio de inquietud: fármacos de perfil sedante (amitriptilina, mianserina, paroxetina, venlafaxina, fluvoxamina).
 - Si predomina la inhibición: usar perfil desinhibidor (imipramina, nortriptilina, sertralina o fluoxetina).
 - Síntomas obsesivo compulsivos: ISRS, clomipramina.
 - Características atípicas (hipersomnia, hiperfagia): IMAO tipo RIMA.

4. Según la patología asociada del paciente y su tratamiento farmacológico. En la Tabla 2 figuran recomendaciones, contraindicaciones y ajuste de dosis.

6.2.2. RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES		
6.2.2.1. A nivel terapéutico puede elegirse entre diversas modalidades como psicoterapia, farmacoterapia, combinación de las anteriores y en casos muy concretos TEC.		
6.2.2.2. Se recomienda la utilización de los ISRS como primera opción en función de su eficacia, fácil dosificación y menor frecuencia de efectos secundarios.		I
6.2.2.3. Siempre que sea posible debe utilizarse el fármaco que fue útil en episodios anteriores en el paciente o en familiares de primer grado.		I
6.2.2.4. Los IMAO no deberían ser de primera elección salvo en las depresiones atípicas que no responden a ISRS.	B	
6.2.2.5. Se recomienda estar familiarizado con pocos AD de diferente perfil. Es aconsejable seleccionar aquellos fármacos antidepresivos en los que se tenga experiencia de uso.		
6.2.2.6. Se debe vigilar y fomentar la adherencia al tratamiento ya que aumenta la efectividad de cualquier fármaco. El incumplimiento terapéutico es la causa primordial de la falta de respuesta al tratamiento antidepresivo.		
6.2.2.7. Se aconseja evitar el consumo de tabaco y alcohol.		
6.2.2.8. Un tratamiento antidepresivo óptimo implica usar dosis eficaces de AD y durante un tiempo adecuado. No se deberían administrar dosis subterapéuticas ya que es uno de los principales motivos de fracaso.		
6.2.2.9. Ningún fármaco es más eficaz que otro en el tratamiento agudo de los trastornos depresivos en todos los niveles de gravedad.	A	

6.2.3. RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN LA FASE AGUDA

La Fase aguda: Tiene una duración de 6 a 12 semanas y comprende el período de tiempo transcurrido hasta la remisión de los síntomas. El período de latencia es el tiempo necesario hasta que comience a manifestarse el efecto terapéutico del antidepresivo (entre 2 - 6 semanas). La mejoría del insomnio y de la inhibición psicomotriz son los primeros datos de la respuesta al tratamiento farmacológico.

RECOMENDACIONES		
6.2.3.1. En depresiones leves y moderadas, se recomienda instaurar una psicoterapia específica como tratamiento inicial, principalmente si el paciente lo prefiere y en casos de problemas interpersonales, factores psicosociales estresantes o trastornos comórbidos del eje II.		I
6.2.3.2. Deben instaurarse fármacos antidepresivos en el tratamiento de trastornos depresivos moderados y graves. También puede iniciarse farmacoterapia en depresiones leves, si el paciente lo prefiere.		I
6.2.3.3. Puede utilizarse una combinación de fármacos antidepresivos y psicoterapia en pacientes con trastorno depresivo moderado o grave y que presenten problemas interpersonales, factores psicosociales estresantes o trastorno comórbido del eje II.		I
6.2.3.4. Los ISRS se toleran mejor y ya desde el inicio se puede comenzar con dosis terapéuticas, salvo en ancianos, donde se recomienda iniciar el tratamiento a mitad de dosis. Existen también menor número de abandonos del tratamiento en ensayos clínicos.	B	
6.2.3.5. Se aconseja monitorizar el tratamiento con mayor asiduidad durante las primeras semanas para evaluar su respuesta y vigilar la posible aparición de efectos adversos.		I
6.2.3.6. El control del tratamiento es especialmente importante si existe riesgo de suicidio o en menores de 30 años.	C	
6.2.3.7. En caso de ansiedad o insomnio importantes, se aconseja asociar benzodiazepinas o hipnóticos las primeras semanas de tratamiento.		
6.2.3.8. Si no se observa al menos una mejoría moderada al cabo de 6 a 8 semanas de farmacoterapia en dosis eficaces y asegurando el cumplimiento, es necesario llevar a cabo una reevaluación del caso.		I
6.2.3.9. Si el riesgo de suicidio es elevado, se debe prescribir una cantidad de fármacos limitada y se deben emplear medidas de soporte adicionales como más contactos desde atención primaria o llamadas telefónicas. Se requiere mayor supervisión durante las primeras 2 semanas de tratamiento, ya que, es en este periodo, cuando el riesgo es mayor, sobre todo con la utilización de fármacos con perfil más activador o desinhibidor.	C	

6.2.4. RECOMENDACIONES DURANTE LA FASE DE CONTINUACIÓN

RECOMENDACIONES		
6.2.4.1. Tras un primer episodio depresivo, con una remisión sintomática completa, se recomienda mantener el antidepresivo durante un periodo de 6 - 12 meses, porque esto reduce el riesgo de recaída	A	

6.2.5. RECOMENDACIONES DURANTE LA FASE DE MANTENIMIENTO

RECOMENDACIONES		
6.2.5.1. El tratamiento en esta fase, reduce el riesgo de recurrencias depresivas.		I
6.2.5.2. Como norma general, hay que mantener el mismo tratamiento que ha sido efectivo en las fases agudas y de continuación.		II
6.2.5.3. La dosis de antidepresivo debería mantenerse al mismo nivel al que el tratamiento agudo fue efectivo.	C	

6.2.6. SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

RECOMENDACIONES		
6.2.6.1. Hay que disminuir la dosis paulatinamente en un mínimo de 4 semanas, pero pueden ser necesarios periodos más largos. La fluoxetina puede interrumpirse generalmente en un periodo más corto.	C	
6.2.6.2. La supresión brusca de un ISRS está asociada en ocasiones a un <u>síndrome de discontinuación</u> (malestar general, alteraciones del estado de ánimo, mareos, náuseas, temblores, parestesias, síndrome confusional...). Todos los pacientes a los que se les prescriben antidepresivos deberían ser informados de que pueden aparecer síntomas de retirada en interrupciones bruscas del tratamiento, olvidos de dosis o, ocasionalmente, en reducción de dosis del fármaco. Es más frecuente en fármacos de vida media corta.	C	
6.2.6.3. Si el síndrome de discontinuación es leve, debe tranquilizarse al paciente y controlar los síntomas. Si los síntomas son graves, debe reintroducirse el fármaco original a la dosis a la que fue efectivo (u otro antidepresivo del mismo grupo con vida media más larga).	C	

6.3 DEPRESIÓN RESISTENTE

Se considera depresión resistente a un episodio depresivo que no responde a ningún tratamiento antidepresivo correctamente instaurado durante un periodo de tiempo adecuado. Se puede establecer un límite de alrededor de 6 a 8 semanas de tratamiento sin obtener una respuesta satisfactoria para hablar de resistencia al tratamiento, siempre que se asegure el cumplimiento terapéutico.

Evaluación de la depresión resistente:

- En primer lugar hay que revisar el diagnóstico: Descartar trastornos psiquiátricos no afectivos, subtipos de depresión para los cuales existen tratamientos específicos, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, enfermedades médicas y episodios depresivos inducidos por fármacos antihipertensivos, inmunosupresores o corticoides.
- Evaluar el tratamiento que se ha seguido: Adherencia terapéutica (la causa más frecuente de falta de respuesta terapéutica es un inadecuado cumplimiento del tratamiento), posibilidad de optimizar las dosis.

RECOMENDACIONES		
6.3.1. Sustituir el antidepresivo por otro de un perfil bioquímico distinto: Varios antidepresivos por venlafaxina duloxetina, ADT o ISRS por IMAO (respetar periodo de lavado: 1 semana para pasar de ADT a IMAO y 2 semanas para cambiar de ISRS a IMAO), ISRS por mirtazapina, ADT por ISRS, ISRS por ADT.		
6.3.2. También puede considerarse la asociación de antidepresivos, existiendo evidencias de beneficios a cerca de la asociación de mianserina o mirtazapina a ISRS.	C	
6.3.3. Potenciación del antidepresivo: Puede utilizarse el Litio. Se recomienda litemias bajas (0.3 - 0.8 mEq/u) y si no se objetiva mejoría en 2 - 4 semanas, suspenderlo.	B	
6.3.4. Puede considerarse la utilización concomitante de antipsicóticos atípicos si existen síntomas incontrolables de hiperactivación (ansiedad, insomnio, agitación, adelgazamiento)		

DEPRESIÓN PSICÓTICA

RECOMENDACIONES		
<p>6.3.5. Aspectos a tener en cuenta previo al tratamiento:</p> <p>Evaluación clínica de la gravedad y decisión del tratamiento hospitalario, según el riesgo somático, el riesgo de suicidio, el grado de agitación y la negativa a la ingesta o la incapacidad para el tratamiento por vía oral.</p> <p>Evaluación de situaciones clínicas especiales y factores de riesgo (enfermedades y tratamientos comórbidos).</p> <p>Evaluación psicosocial (y posibilidad de tratamiento psicosocial, tanto para la fase aguda como para la de mantenimiento) y evaluación del deterioro.</p>		
<p>6.3.6. Se recomienda tratamiento combinado de antipsicóticos y antidepresivos. Si no hay respuesta favorable, se puede añadir Litio. La terapia electroconvulsiva es otra alternativa eficaz en casos de escasa/nula respuesta al tratamiento farmacológico. Tras la resolución de los síntomas, deben retirarse gradualmente los antipsicóticos, mientras se mantienen dosis plenas de los antidepresivos. La reaparición de síntomas obligaría a la utilización de las dosis de antipsicóticos iniciales.</p>	C	

DEPRESIÓN ATÍPICA

Está caracterizada por la inversión de los síntomas vegetativos (aumento del sueño, del apetito y del peso), notable reactividad del estado de ánimo, hipersensibilidad al rechazo, síntomas fóbicos y fatiga intensa.

RECOMENDACIONES		
<p>6.3.7. El tratamiento inicial será un ISRS.</p>	C	
<p>6.3.8. Si no hay respuesta a los ISRS, particularmente en mujeres, debe considerarse la fenelzina (IMAO).</p>	C	
<p>6.3.9. Si se utiliza fenelzina se requiere control exhaustivo (incluyendo TA) e información de interacciones con otras medicaciones y alimentos. Se recomienda precaución en pacientes con alto riesgo suicida dada su elevada toxicidad.</p>	C	

6.4. MANEJO DE ANTIDEPRESIVOS EN SITUACIONES ESPECIALES

6.4.1. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO FARMACOLÓGICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

RECOMENDACIONES		
6.4.1.1. No debería usarse medicación antidepresiva en el tratamiento inicial de niños y adolescentes con depresión leve.	B	
6.3.4.2. No debería ofrecerse medicación antidepresiva a niños o adolescentes con depresión moderada a severa excepto en combinación con una terapia psicológica simultánea. Debe realizarse control cuidadoso de reacciones adversas farmacológicas y revisión del estado mental. En el caso de que se rechace terapia psicológica, podría administrarse medicación y debería controlarse estrechamente la evolución del niño o adolescente y las reacciones farmacológicas adversas que surjan.	B	
6.3.4.3. Si se prescribe un antidepresivo, éste debería ser supervisado sólo por un psiquiatra.	C	
6.3.4.4. Cuando sea necesario prescribir un antidepresivo a un niño o adolescente con depresión moderada a severa, se recomienda la utilización de fluoxetina, citalopran o sertralina, con un control riguroso durante las primeras semanas tanto de los efectos adversos como del riesgo suicida (que puede incrementarse en este periodo) e informar cuidadosamente a los padres o tutores.		
6.3.4.5. Cuando un niño o un adolescente responde a un tratamiento farmacológico, debería mantenerse el tratamiento al menos 6 meses después de la remisión (definida como ausencia de síntomas y funcionamiento normalizado durante al menos 8 semanas).	C	
6.3.4.6. En el tratamiento con antidepresivos en niños y adolescentes no deberían utilizarse paroxetina ni venlafaxina.	A	
6.3.4.7. De igual forma tampoco será recomendable la utilización de antidepresivos tricíclicos.	C	
6.3.4.8. Si la depresión moderada a severa en un adolescente (12 a 18 años) no responde a una terapia psicológica específica después de 6 sesiones, debería ofrecerse tratamiento farmacológico.	B	
6.3.4.9. Cuando un niño o adolescente tras un episodio único está en remisión (menos de 2 síntomas y funcionamiento normalizado durante al menos 8 semanas) deberían ser revisados regularmente durante 12 meses. Al final de este período, si la remisión se mantiene, el adolescente puede recibir el alta y ser derivado a Atención Primaria.	C	
6.3.4.10. Deberían considerarse sesiones de terapia específica de continuación para reducir la probabilidad de, o al menos detectar, una recurrencia depresiva en niños o adolescentes que presentan alto riesgo de recaída (por ej.: individuos que ya han experimentado 2 episodios previos, aquellos que tienen numerosos síntomas subsindrómicos, o aquellos que permanecen expuestos a múltiples circunstancias de riesgo).	B	
6.3.4.11. Cuando un niño o adolescente con depresión recurrente está en remisión (menos de 2 síntomas y funcionamiento normalizado durante al menos 8 semanas) deberían ser revisados regularmente durante 24 meses por un especialista. Al final de este período, si se mantiene la remisión, el adolescente puede ser dado de alta y derivado a Atención Primaria.	C	

6.4.2. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

En pacientes de edad avanzada suelen coexistir el trastorno depresivo y la enfermedad médica general, por lo que es recomendable descartar trastornos neurológicos u otras enfermedades médicas en pacientes que presentan un primer episodio depresivo a esa edad.

Algunos fármacos (betabloqueantes, corticoides, etc) aumentan el riesgo de desencadenar un trastorno depresivo.

El trastorno depresivo es una complicación frecuente de los accidentes cerebrovasculares.

RECOMENDACIONES		
6.4.2.1. Las dosis iniciales han de ser la mitad o la cuarta parte de las dosis utilizadas en adultos y deben incrementarse gradualmente. Han de ajustarse las dosis según las características farmacocinéticas de los fármacos utilizados (especialmente con los fármacos que se eliminan por vía renal).		
6.4.2.2. La venlafaxina y duloxetina pueden ser una alternativa terapéutica a los ISRS. La nortriptilina es el tricíclico con mejor perfil de tolerancia para el tratamiento de la depresión en el anciano. Los antidepresivos heterocíclicos pueden utilizarse en las depresiones graves en el anciano, si su situación somática lo permite. La trazodona puede resultar especialmente útil en pacientes ancianos con demencia y depresión (o insomnio y trastornos de conducta). El perfil sedativo del fármaco aconseja su posología nocturna. La dosis inicial recomendada es de 50 mg/día, que puede incrementarse hasta un máximo de 600 mg/día.		
6.4.2.3. La duración del tratamiento de mantenimiento varía entre un año (tras un primer episodio grave) y 3 años o más, después del tercer episodio depresivo. Algunos autores recomiendan 2 años o más de tratamiento desde el 2º episodio depresivo.		
6.4.2.4. <u>Depresiones con síndrome demencial añadido</u> : los antidepresivos de elección son el citalopram, la sertralina y la venlafaxina de efecto prolongado, junto a dosis bajas de nortriptilina.		

6.4.3. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

RECOMENDACIONES		
<p>6.4.3.1. Se recomiendan tratamientos no farmacológicos en casos leves. Cuando los síntomas depresivos son graves, puede ser necesario instaurar tratamiento psicofarmacológico; en este caso se recomienda utilizar antidepresivos combinados con psicoterapia. Los ISRS son los antidepresivos de 1ª elección, siendo la siguiente opción los antidepresivos tricíclicos. La exposición del feto a los antidepresivos en el periodo cercano al parto puede condicionar la aparición de un síndrome de abstinencia en el recién nacido, por lo que es recomendable reducir progresivamente la medicación los 10-14 días previos a la fecha del parto y se reinstaurará después del parto si existe riesgo de recaída.</p>		
<p>6.4.3.2. Durante la lactancia, los ISRS son fármacos de primera elección aunque se aconseja evitar asociar los antidepresivos con la lactancia natural.</p>		

6.4.4. IMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO SOBRE ENFERMEDADES MÉDICAS CONCOMITANTES

RECOMENDACIONES		
6.4.4.1 <u>Asma:</u> Los IMAO interaccionan con los broncodilatadores simpaticomiméticos. El resto de antidepresivos pueden utilizarse sin riesgo de interacciones.		
6.4.4.2 <u>Cardiopatías:</u> Deben utilizarse con cuidado los antidepresivos tricíclicos. Los ISRS, el bupropion y la T.E.C. parecen seguros en pacientes con trastornos cardíacos preexistentes. Los IMAO pueden inducir hipotensión ortostática y también interaccionar con otros fármacos.		
6.4.4.3 <u>Demencia:</u> Es preferible administrar antidepresivos con bajos efectos anticolinérgicos, por ejemplo bupropion, fluoxetina, sertralina, trazodona, nortriptilina.		
6.4.4.4 <u>Glaucoma:</u> Los fármacos con efecto anticolinérgico pueden precipitar glaucoma agudo de ángulo cerrado en sujetos susceptibles. Los pacientes con glaucoma que reciben terapia miótica local pueden ser tratados con antidepresivos, incluyendo los que poseen propiedades anticolinérgicas, siempre que se controle la presión intraocular durante el tratamiento con medicación antidepresiva. No es necesario adoptar estas medidas si se utilizan fármacos sin actividad anticolinérgica (bupropion, sertralina, fluoxetina y trazodona).		
6.4.4.5 <u>Hipertensión:</u> Los fármacos antihipertensivos y los antidepresivos pueden interaccionar entre sí. Los betabloqueantes aumentan el riesgo de trastorno depresivo mayor. La venlafaxina puede provocar incrementos de la presión arterial dosis-dependientes.		
6.4.4.6 <u>Uropatía obstructiva:</u> Están contraindicados los fármacos antidepresivos con efectos muscarínicos. Las benzodiazepinas, la trazodona y los IMAO también retrasan la micción. Los antidepresivos con menos efectos adversos de este tipo son los ISRS, el bupropion y la desipramina.		
6.4.4.7 <u>Enfermedad de Parkinson:</u> Debe evitarse la amoxapina (antidepresivo con propiedades bloqueantes de los receptores de dopamina). El litio, en ocasiones, provoca o intensifica los síntomas parkinsonianos. El bupropion tiene efectos positivos en algunos pacientes sobre los síntomas parkinsonianos, pero también puede provocar síntomas psicóticos (por acción agonista dopaminérgica). Los IMAO (excepto la selegilina) pueden interaccionar de forma adversa con los metabolitos de la L-Dopa. El trastorno depresivo mayor se presenta en el 40-50% de los pacientes con enfermedad de Parkinson. No existen pruebas a favor de un antidepresivo determinado. Algunos tricíclicos aportan efectos beneficios pero tienen la desventaja de causar deterioro de la memoria.		
6.4.4.8 <u>Epilepsia:</u> Algunos antidepresivos disminuyen el umbral convulsivo en pacientes con depresión y epilepsia, si bien generalmente se puede abordar el tratamiento del trastorno depresivo con eficacia teniendo en cuenta los mismos principios que se siguen en pacientes sin epilepsia. Se debe tener cuidado al prescribir simultáneamente un antiepiléptico o al incrementar la dosis de un antiepiléptico administrado previamente.		

EFFECTOS SECUNDARIOS DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS:

a) Antidepresivos tricíclicos:

-Efectos cardiovasculares: taquicardia, hipotensión ortostática, efecto tóxico adicional en la conducción cardíaca en casos en que se combinan antidepresivos tricíclicos con otros antiarrítmicos de clase I, arritmias en algunos pacientes con disfunción subclínica del nódulo sinusal, alteraciones sintomáticas en la conducción e hipotensión ortostática sintomática en pacientes con defectos previos en la conducción pero asintomáticos, taquicardia ventricular en pacientes con prolongación del intervalo QT, bloqueo auriculoventricular, efecto perjudicial en la fracción de eyección. Debería realizarse un ECG y medición de T.A. antes de prescribir un antidepresivo tricíclico para un paciente con depresión con un riesgo significativo de enfermedad cardiovascular.

-Efectos secundarios anticolinérgicos: sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, taquicardia, trastornos sexuales, visión borrosa. Los antidepresivos con efectos anticolinérgicos secundarios deben evitarse en pacientes con deterioro cognitivo, glaucoma de ángulo cerrado o hipertrofia prostática. Estos antidepresivos pueden desencadenar delirium anticolinérgico, fundamentalmente en pacientes de edad avanzada o con patologías médicas.

-Sedación.

-Aumento de peso.

-Efectos neurológicos: mioclonía, estados confusionales, convulsiones, efectos secundarios extrapiramidales y discinesia tardía.

-Interacciones farmacológicas: Si se administran en asociación con IMAO, noradrenalina o adrenalina, pueden producirse interacciones peligrosas, como las crisis hipertensivas. Los fármacos inductores de enzimas microsomales hepáticas (carbamecepinas o barbitúricos) pueden reducir los niveles plasmáticos de antidepresivos tricíclicos. Los antipsicóticos o los ISRS pueden reducir el metabolismo y aclaración de los antidepresivos tricíclicos y aumentar los niveles de éstos.

Contraindicaciones para el uso de antidepresivos tricíclicos:

-Riesgo elevado de suicidio mediante sobredosis de antidepresivos tricíclicos.

-Enfermedad coronaria, arritmia cardíaca severa o problemas cardíacos similares. En pacientes mayores de 40-45 años, debería realizarse ECG previamente al inicio de tratamiento con antidepresivos tricíclicos.

-Glaucoma o prostatismo.

-Pacientes con riesgo de hipotensión postural.

-Cuando el paciente necesita conducir o manejar maquinaria y los antidepresivos tricíclicos pudieran deteriorar su rendimiento.

-Incapacidad para evitar consumir alcohol u otras drogas.

-Cuando el paciente no tolera los efectos secundarios.

b) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

-Gastrointestinales: náuseas, vómitos y diarreas. Son efectos dosis-dependientes y más intensos al inicio del tratamiento.

- Insomnio e inquietud.

-Disfunción sexual: disminución de libido, anorgasmia, problemas de erección o eyaculación. Se puede reducir la dosis, retirar el antidepresivo o sustituirlo por otro antidepresivo como el bupropion.

- Efectos neurológicos: cefaleas migrañosas y tensionales, suelen ser efectos transitorios y en la fase inicial del tratamiento. Reacciones extrapiramidales, más frecuentes en ancianos, sobre todo con enfermedad de Parkinson.

-Efectos sobre el peso: La fluoxetina provoca una reducción inicial del peso.

- Síndrome serotoninérgico: sudoración, hipertermia, dolor abdominal, diarrea, rubefacción, letargia, temblor, mioclonía, rabdomiolisis, insuficiencia renal, paro cardiovascular y posiblemente fallecimiento. Puede producirse en pacientes tratados sólo con ISRS, pero es más frecuente en casos de asociación de dos o más fármacos serotoninérgicos simultáneamente, como ISRS junto a IMAO.

- Hiponatremia por SIADH: Se aconseja evaluar niveles de sodio preferentemente en ancianos y polimedicados. Puede causar síndrome confusional y requiere retirar el antidepresivo o sustituirlo por otro y de forma simultánea hacer la reposición iónica.

-Interacciones farmacológicas:

Puede producirse una interacción letal entre ISRS e IMAO: el síndrome serotoninérgico. Debe realizarse un período de lavado que equivale a 5 veces el tiempo de vida media del ISRS entre el momento de suspender el ISRS y el inicio de un IMAO; para retirar la fluoxetina, hay que dejar transcurrir 5 semanas antes de instaurar un IMAO; en cambio sólo se requiere 1 semana para el resto de los ISRS. Al cambiar un IMAO por un ISRS es necesario establecer un tiempo de espera de 2 semanas.

Los ISRS también afectan las enzimas microsomales hepáticas, produciendo incrementos y descensos en los niveles plasmáticos de otros fármacos.

c)Otros fármacos antidepresivos:

-Trazodona: sedación, problemas cardiovasculares (hipotensión ortostática), arritmias cardíacas, disfunción sexual (disfunción eréctil, priapismo).

-Bupropion: cefaleas, temblor, convulsiones (evitar dosis elevadas, pautar dosis repartidas y evitar en pacientes con riesgo de convulsión). Síntomas psicóticos. Insomnio. Trastornos gastrointestinales.

-Venlafaxina: Efectos adversos similares a los de los ISRS (náuseas, vómitos, disfunción sexual), que también suelen reducirse tras el uso continuado. Puede producir incrementos de la presión arterial dependientes de la dosis.

-Mirtazapina: sedación, boca seca y aumento de peso. En algunos casos, aumento de los niveles plasmáticos de colesterol. Es rara la presentación de agranulocitosis.

- Reboxetina: boca seca, estreñimiento, sudoración, insomnio, impotencia, retención urinaria, taquicardia y vértigo.

d) Inhibidores de la monoaminoxidasa:

-Crisis hipertensivas: cuando un paciente en tratamiento con IMAO ingiere grandes cantidades de tiramina en la dieta (quesos curados, embutidos, habas...) o en medicaciones (sustancias simpaticomiméticas, descongestivos nasales, anticatarrales). El cuadro clínico se manifiesta con cefalea intensa, rigidez en el cuello, náuseas, palpitaciones, sudoración, confusión y puede provocar un accidente cerebrovascular y la muerte.

-Síndrome serotoninérgico: es frecuente cuando se administran IMAO sin haber dejado transcurrir el tiempo suficiente después de la administración de otros fármacos serotoninérgicos. Si se cambia un ISRS de vida media corta por un IMAO, se debe esperar al menos 2 semanas entre la retirada de un fármaco y el inicio del otro. Al cambiar de fluoxetina a un IMAO, hay que esperar al menos 5 semanas. También puede producirse un síndrome serotoninérgico si se administra venlafaxina en seguida de haber utilizado un IMAO.

-Efectos cardiovasculares: hipotensión ortostática, edemas periféricos.

-Aumento de peso.

-Disfunción sexual: anorgasmia, disminución de libido, problemas de erección y eyaculación.

-Efectos neurológicos: cefaleas e insomnio en las primeras semanas de tratamiento, sedación, mioclonías, parestesias y, en raras ocasiones, neuropatía periférica.

TABLA I

Antidepresivos	Dosis (en mg/día) inicio/efectiva/máxima	Efectos secundarios y vigilancia
Trícíclicos		
Amitriptilina	30/ 75-100/ 300 En ancianos inicio: 10	Anticolinérgicos+++; sedación+++; cardiacos, hipotensión
Clomipramina	30/ 100-250/ 250 En ancianos inicio: 10	Anticolinérgicos+++; sedación++; cardiacos, hipotensión
Imipramina	75/ 75-100/ 300 En ancianos inicio: 30	Anticolinérgicos+++; sedación++; cardiacos, hipotensión
Nortriptilina	20/ 75-100/ 200	Anticolinérgicos+++; sedación+; cardiacos, hipotensión
Heterocíclicos		
Maprotilina	25/ 50-100/ 225	Anticolinérgicos+++; sedación++; cardiacos, hipotensión
Mianserina	30/ 60-90/ 200	Anticolinérgicos+; sedación++; cardiacos, hipotensión
Trazodona	100/ 200-300/ 600	Sedación++++; hipotensión. Priapismo
Noradrenérgicos y serotoninérgicos selectivos (NASSA)		
Mirtazapina	15/ 30-45/ 45	Anticolinérgicos+; sedación+++; cardiacos, hipotensión. Ganancia de peso
Inhibidores de la recaptación de serotonina		Precaución al usar con AINES, sobre todo en ancianos con riesgo de sangrado GI. SIADH: hiponatremia Disfunción sexual
Citalopram	20/ 20-40/ 60	Sedación: nada/+ Función hepática basal y pruebas tiroideas
Escitalopram	10/ 10-20/ 20	Sedación: nada/+ Función hepática basal
Fluoxetina	20/ 20/ 80	Sedación: nada/+ Insomnio, ansiedad
Fluvoxamina	50/ 50-200/ 300	Sedación +/++
Paroxetina	10-20/ 20/ 60	Anticolinérgicos+; sedación nada/+; cardiacos, hipotensión
Sertralina	50/ 50-200/200	Sedación: nada/+
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina		

Venlafaxina	75/ 150-300/ 375	Cefalea, náuseas. Cardíacos
Duloxetina	60/ 60/ 120	Sedación 0/+; efectos anticolinérgicos
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina		
Reboxetina	4/ 8/ 12	Sedación 0/+; efectos anticolinérgicos; hipotensión
IMAO tipo RIMA: inhibidor selectivo y reversible de la monoaminoxidasa		
Moclobemida	150/ 450/600	Hipertensión.

TABLA II

PATOLOGÍA DE BASE	ACONSEJADOS	A EVITAR	OTRAS CONSIDERACIONES
<u>IAM o angina reciente</u>	Sertralina		Control con ECG
<i>Insuficiencia respiratoria</i>		ADT sedantes Fluvoxamina	
<i>HTA</i>		ADT y tetracíclicos Venlafaxina	
<i>Diabetes mellitus</i>		ADT y tetracíclicos Fluoxetina en tratamiento con ADO	Los ISRS alteran control glucémico
<i>Epilepsia</i>	Trazodona, mianserina, mirtazapina, ISRS ó IMAO	Maprotilina y fluvoxamina	
<i>Parkinson</i>	Amitriptilina, ISRS (sertralina), nortriptilina, trazodona, mirtazapina, moclobemida	Fluoxetina	
<i>Demencia</i>	ISRS (sertralina), trazodona, mirtazapina, reboxetina		Inicio con dosis bajas
<i>ACV</i>	ISRS (sertralina o citalopram)		
<i>Glaucoma</i>	ISRS, trazodona, mirtazapina, reboxetina		Usar mióticos locales
<i>Úlcus péptico Colon irritable</i>	Amitriprilina		
<i>Estreñimiento crónico</i>		ADT y tetracíclicos	
<i>Hepatopatías</i>		Sertralina	Usar dosis bajas
<i>Insuficiencia renal</i>			ISRS a dosis moderadas o días alternos

<i>Uropatía obstructiva</i>	ISRS, trazodona, mirtazapina		
-----------------------------	------------------------------	--	--

Bibliografía:

Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. American Psychiatric Association (Compendio 2003). Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. Londres: NICE; 2004. National Institute of Clinical Excellence. Depression in children and young people. 2005. Fistera. Depresión. Guías clínicas. 2006.

Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Van Schayck CP. Psychosocial interventions delivered by general practitioners. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. CD003494. DOI: 10.1002/14651858.CD003494.

Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.

7. INTERVENCION DE ENFERMERIA COORDINADA A TRAVES DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE CON DEPRESION.

7.1. INTRODUCCION

El uso de la metodología científica es quizás el elemento que da mayor rigor a la práctica profesional. La utilización del método científico en la práctica enfermera viene reflejado a través del proceso de atención de enfermería (PAE). La enfermera observa a cada paciente de manera individual y es capaz de detectar lo más relevante en cada situación a la luz del conocimiento científico. Los juicios clínicos se hacen en base al conocimiento científico en enfermería, al conocimiento de la persona individual y el contexto y la situación de salud.

Sor Callista Roy, PHD, RN, FAAN

7.2. TAXONOMIA NANDA-NOC-NIC

NANDA

La Taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. La Taxonomía de la NANDA es un lenguaje enfermero reconocido, que cumple los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (ANA).

La utilidad de estar incluido como un lenguaje enfermero reconocido es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera para proporcionar una terminología clínicamente útil. La taxonomía está registrada con un Health Care Level 7 (HL7), una organización que establece estándares para un registro informatizado y está incluido en el mapa de la Statistical Nomenclature of Medicine (SNOMED).

La taxonomía II tiene tres niveles: Dominios, Clases y Diagnósticos Enfermeros.

- Dominio es una esfera de actividad, estudio o interés.
- Clase es una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado.
- Diagnóstico de enfermería es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente.

(AENTEDE, Mayo 2001)

NOC

Lenguaje enfermero reconocido por la ANA (American Nurses Association), ha sido aceptado por la healthcare level 7 (HL7).

Es la Clasificación de Resultados de Enfermería, una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados.

Los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso, o ausencia de progreso lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferentes entornos de cuidados.

NIC

La NIC, abarca intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería, utiliza un lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería, incluye todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto independientes como de colaboración, así como cuidados directos e indirectos. La NIC está incluida en los requisitos de autorización de la Joint Comisión como un sistema de clasificación de enfermería que puede utilizarse para satisfacer los estándares de datos uniformes.

7.3 PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

El plan de cuidados derivado del juicio enfermero incluye la valoración integral, la identificación de los problemas de salud, que pueden ser detectados por las enfermeras (Diagnósticos Enfermeros) los Objetivos a alcanzar (NOC) y las Intervenciones (NIC) necesarias para ello.

Un plan de cuidados estará completo cuando se realice una valoración integral de cada individuo. La valoración enfermera será sistemática y dirigida a obtener la información clínica relevante respecto del paciente. Incluirá aspectos físicos, psíquicos, sociales, espirituales y del entorno de manera ordenada, que facilite el análisis de la situación y permita garantizar cuidados de enfermería personalizados.

Un plan de cuidados de enfermería estándar recoge un patrón específico de actuación de enfermería frente a una escala de respuestas identificables y características de una categoría de pacientes concreta en situaciones y/o patologías semejantes, para posteriormente adaptarlos a un paciente particular, garantizando en todo momento la calidad de los cuidados prestados.

Al ingreso del paciente, se realizará una "valoración de enfermería al ingreso", de acuerdo con la documentación vigente en el centro (Patrones Funcionales de Salud, Virginia Henderson o Dominios de la NANDA), para individualizar el plan de cuidados estandarizado.

El enfoque de este documento tiene limitaciones debido a que en él no se trabaja con individuos concretos, sino con abstracciones de individuos que se encuentran en una situación clínica concreta. Es por ello que cada Plan de Cuidados debe entenderse como una propuesta de mínimos que cada enfermera debe adaptar a cada paciente y nivel de atención.

La metodología que sigue el plan de cuidados estandarizados, está relacionadas con las tres taxonomías: NANDA, NOC y NIC

Se establecerá un sistema de vigilancia con la finalidad de detectar cualquier complicación potencial o un cambio en su evolución.

7.4. VALORACION. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Basándose en la valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud, según la adaptación de Fornés y Carballal (2001), se presenta una descripción de aquellos patrones con posibilidad de disfunción según el problema o patología tratada, así como los respectivos parámetros característicos de las manifestaciones psicopatológicas.

Así mismo, se nombran algunos cuestionarios complementarios a la valoración.

Patrón I Percepción / Manejo de la salud.

Se valoran:

- ▶ Aspecto general

- ▶ Actitud y comportamiento frente a la enfermedad
- ▶ Los hábitos tóxicos.

Patrón II Nutricional / Metabólico

Se valorara:

- ▶ Apetito.

Patrón III Eliminación.

Se valorará:

- ▶ Eliminación intestinal.

Patrón IV Actividad / Ejercicio

Se valorará:

- ▶ Expresión facial.
- ▶ Características del habla.
- ▶ El comportamiento motor

Cuestionario complementario a la valoración:

- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDS).

Patrón V Sueño / Descanso.

Se valorará:

- ▶ Horas de sueño nocturno

Patrón VI Cognitivo / Perceptivo

Se valorará:

- ▶ Atención y orientación:
- ▶ Memoria e inteligencia
- ▶ Organización del pensamiento y lenguaje.

Patrón VII Autopercepción / Autoconcepto.

Se valorara:

- ▶ Reactividad emocional
- ▶ Percepción de su imagen corporal
- ▶ Actitud frente a su cuerpo
- ▶ Autodescripción de si mismo
- ▶ Autoevaluación general y competencia personal.

Cuestionarios complementarios:

- Cribado ansiedad depresión - Escala de Goldberg-
- Escala de depresión geriátrica - Test de Yesavage-
- Escala de desesperanza de Beck.

Patrón VIII Rol / Relaciones.

Se valorara:

- ▶ Percepción sobre rol y responsabilidades
- ▶ Relaciones familiares
- ▶ Relaciones sociales
- ▶ Condición laboral/escolar

Cuestionario complementario:

- Percepción de la función familiar - Cuestionario Apgar familiar-

Patrón IX Sexualidad / Reproducción.

Se valora:

- ▶ Actividad sexual

Patrón X Adaptación / Tolerancia al estrés.

Se valoran:

- ▶ Estado de tensión Ansiedad
- ▶ Sentimientos asociados
- ▶ Grado de incapacidad personal/familiar/laboral/social
- ▶ Respuesta/estrategias habituales de adaptación/control.

Cuestionario complementario:

- Escala de ansiedad de Hamilton.

Patrón XI Valores / Creencias.

Se valoran:

- ▶ Valores y creencias en su historia personal/familiar.
- ▶ valores, creencias o expectativas que afectan a la salud y al bienestar físico, psíquico y emocional.

La implementación del Plan de Cuidados Estandarizados se llevará a la práctica en la historia clínica informatizada para A. Primaria a través del módulo OMI-PLANES.

7.5. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN PARA ATENCION PRIMARIA

Este Plan de Cuidados debe entenderse como una propuesta de mínimos que cada enfermera debe adaptar a cada paciente.

3.PATRON ELIMINACION.

Diagnóstico de enfermería 00011 Estreñimiento: reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Características definatorias:

- Cambios en el patrón intestinal.
- Incapacidad para eliminar las heces.
- Distensión abdominal.

Factores relacionados:

- Tratamientos farmacológicos
- Actividad física insuficiente.
- Malos hábitos alimentarios.

OBJETIVOS (NOC)

1608 control del síntoma
0501 eliminación intestinal
0602 hidratación

INTERVENCIONES (NIC)

0200 fomento del ejercicio
4102 manejo de líquidos
2380 manejo de la medicación
1100 manejo de la nutrición

4. PATRON ACIVIDAD-EJERCICIO.

Diagnóstico de enfermería 00097 Déficit de las actividades recreativas: disminución de la estimulación, del interés o de la participación en actividades recreativas de ocio.

Características definitorias:

- Afirmaciones de que se aburre.
- No puede realizar los pasatiempos habituales.

Factores relacionados:

- Entorno desprovisto de actividades recreativas.

OBJETIVOS (NOC)

1503 implicación social
1604 participación en actividades de ocio
0116 participación en juegos

INTERVENCIONES (NIC)

0200 fomento del ejercicio
5360 terapia de entretenimiento
5100 potenciación de socialización
5320 humor
4330 terapia artística
4400 terapia musical

Diagnóstico de enfermería 00109 Déficit de autocuidado: vestido-acicalamiento: Deterioro de la capacidad d la persona para realizar o completar por sí mismo la actividad vestido y arreglo personal.

Características definitorias:

- Deterioro de la capacidad para vestirse/ desvestirse.

Factores relacionados:

- Disminución o falta de motivación
- Deterioro de la percepción o cognición.
- Ansiedad.

OBJETIVOS (NOC)

0300 cuidados personales: AVD
0302 cuidados personales: vestir
1613 autogestión de los cuidados

INTERVENCIONES (NIC)

1804 ayuda con los autocuidados
4420 acuerdo con el paciente
1610 baño
5606 enseñanza: individual
0180 manejo de energía.

5. PATRON SUEÑO-DESCANSO

Diagnóstico de enfermería 00095 Deterioro del patrón del sueño: Trastorno de la calidad y cantidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

Características definitorias:

- Despertar antes de lo deseado.
- Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- Tiempo total del sueño menor de lo normal para su edad.
- Dificultad para conciliar el sueño.

Factores relacionados:

- Ansiedad.
- Preocupación.

OBJETIVOS (NOC)

2002 bienestar
0003 descanso
0004 sueño

INTERVENCIONES (NIC)

1850 fomentar el sueño
5270 apoyo emocional
5230 aumentar el afrontamiento
5310 dar esperanza
4920 escucha activa
5960 facilitar la meditación
0200 fomento del ejercicio
6040 terapia de relajación simple
6480 manejo ambiental
1480 masaje simple

7. PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Diagnóstico de enfermería 00119 Baja autoestima crónica: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

Características definitorias:

- Tiene expresiones negativas sobre si misma.
- Racionaliza o rechaza la retroalimentación positiva sobre sí misma y exagera la negativa.
- Se autoevalúa como incapaz de afrontar los acontecimientos.

Factores relacionados:

- Pendiente de desarrollo.

OBJETIVOS (NOC)

1205 autoestima
2000 calidad de vida

INTERVENCIONES (NIC)

5400 potenciación autoestima.
5270 apoyo emocional
5240 asesoramiento
5440 aumentar sistemas de apoyo
4920 escucha activa
5230 grupo de apoyo.

8. PATRON ROL/RELACIONES

Diagnóstico de enfermería 00052 Deterioro de la interacción social: Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.

Características definitorias:

- Verbalización u observación malestar en situaciones sociales.
- Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.
- Observación del empleo de de conductas de interacción ineficaces.

Factores relacionados:

- Déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de aumentar la reciprocidad.
- Ausencia de compañeros o personas significativas
- Alteración de los procesos del pensamiento.

OBJETIVOS (NOC)

1502 habilidades sociales
1503 implicación social
0116 participación en juegos

INTERVENCIONES (NIC)

4362 modificación conducta
5240 asesoramiento
5100 potenciación socialización
5440 aumentar sistemas de apoyo
4340 entrenamiento en asertividad
5360 terapia de entretenimiento
4920 escucha activa
5230 grupo de apoyo.
4430 terapia de juegos

Diagnóstico de enfermería 00053 Aislamiento social: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Características definitorias:

- Retraimiento.
- Búsqueda de soledad.
- Falta de contacto ocular.
- Expresión de sentimientos de soledad y/o rechazo.

Factores relacionados:

- Alteraciones del estado físico o mental.
- Alteración del bienestar.
- Recursos personales inadecuados.

OBJETIVOS (NOC)

2002 bienestar
1204 equilibrio emocional
1502 habilidades sociales
1604 participación en actividades ocio

INTERVENCIONES (NIC)

5230 aumentar el afrontamiento
5330 manejo del humor
4362 modificación conducta
5240 asesoramiento
5360 terapia de entretenimiento
4920 escucha activa

10. PATRON ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRES

Diagnóstico de enfermería 00069 Afrontamiento inefectivo: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

Características definitorias:

- Reducción en el uso del apoyo social.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Expresiones de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.

Factores relacionados:

- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Incertidumbre.

OBJETIVOS (NOC)

1405 control de los impulsos
1504 soporte social
1302 superación de problemas
0906 toma de decisiones

INTERVENCIONES (NIC)

5230 aumentar el afrontamiento
5440 aumentar sistemas de apoyo
4362 modificación conducta
5250 apoyo en la toma decisiones
5240 asesoramiento
5820 disminución de la ansiedad
5230 grupo de apoyo.

7.6. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN PARA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Sigue la metodología propuesta en el anterior plan.
Se puede complementar con el propuesto para Atención Primaria.

1. PATRON PERCEPCION/MANEJO DE LA SALUD

Diagnóstico de Enfermería 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias:

- Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención...
- Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.
- Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.
- Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.

Factores relacionados:

- Falta de confianza en el tratamiento o en el personal de cuidados de la salud.
- Percepción subjetiva de susceptibilidad
- Percepción de barreras
- Impotencia.

OBJETIVOS (NOC)

1601 Conducta de cumplimiento
1803 Conocimiento: régimen terapéutico
1606 participación en decisiones sobre salud

INTERVENCIONES (NIC)

4420 Acuerdo con el paciente
5618 Enseñanza: procedimiento
4410 Establecer objetivos comunes
4480 Facilitar la autorresponsabilidad
4360 Modificación de la conducta
5250 Apoyo en la toma de decisiones
5240 Asesoramiento
5606 Enseñanza: individual

4920 Escucha activa
2380 Manejo de la medicación
5520 Facilitar el aprendizaje

2.PATRON NUTRICIONAL/METABOLICO

Diagnóstico de Enfermería 00001 Desequilibrio Nutricional por Exceso: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Características definitorias:

- Pliegue cutáneo del tríceps superior a 15 mm en varones o a 25 mm en mujeres.
- Peso corporal superior en un 10 % o más al ideal según talla, sexo, edad y constitución corporal.
- Sedentarismo.
- Comer en respuesta a claves internas (como la ansiedad).

Factores relacionados:

- Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.
- Aburrimiento y frustración.

OBJETIVOS (NOC)

1004 Estado nutricional
1009 Estado nutricional: ingestión nutrientes
1612 Control del peso

INTERVENCIONES (NIC)

1280 Ayuda para disminuir peso
4360 Modificación de la conducta
5246 Asesoramiento nutricional
1100 Manejo de la nutrición
0200 Fomento del ejercicio
5614 Enseñanza: dieta prescrita
4420 Acuerdo con el paciente
5820 Disminución de la ansiedad

Diagnóstico de Enfermería 00002 Desequilibrio Nutricional por Defecto: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Características definitorias:

- Peso corporal inferior en un 20 % o más al ideal.
- Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.
- Saciedad inmediata después de ingerir los alimentos.
- Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.
- Aversión a comer.

Factores relacionados:

- Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

OBJETIVOS (NOC)

1004 Estado nutricional
1009 Estado nutricional: ingestión nutrientes
1612 Control del peso

INTERVENCIONES (NIC)

1240 Ayuda para ganar peso
1100 Manejo de la nutrición
4360 Modificación de la conducta
5614 Enseñanza: dieta prescrita
4420 Acuerdo con el paciente
5246 Asesoramiento nutricional

4410 Establecer objetivos comunes

6. PATRON COGNITIVO/PERCEPTIVO.

Diagnóstico de Enfermería 00130 Trastorno de los Procesos del Pensamiento: Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.

Características definitorias:

- Interpretación inadecuada del entorno.
- Facilidad para distraerse.
- Pensamiento inadecuado no basado en la realidad.

Factores relacionados:

Pendiente de desarrollo.

OBJETIVOS (NOC)

0900 Capacidad cognitiva
0905 Concentración
1403 Control del pensamiento distorsionado
0907 Elaboración de la información
0908 Memoria
0901 Orientación cognitiva
0906 Toma de decisiones
 4820 Orientación de la realidad
 4820 Escucha activa
 5520 Facilitar el aprendizaje

INTERVENCIONES (NIC)

4720 Estimulación cognitiva
4760 Entrenamiento de memoria
6480 Manejo ambiental
2380 Manejo de la medicación
6470 Precauciones contra fugas
5280 Disminución de la ansiedad
4760 Entrenamiento de memoria

7. PATRON AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO

Diagnóstico de enfermería 00146 Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta del sistema nervioso (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Características definitorias:

- Conductuales: disminución de la productividad, ausencia de contacto ocular, agitación, expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, insomnio, inquietud.
- Afectivas: Arrepentimiento, irritabilidad, angustia, sobresalto, nerviosismo, excitación, desesperanza, preocupación creciente, aprensión, inquietud.
- Fisiológicas: voz temblorosa ,temblor de manos ,inestabilidad , aumento de la frecuencia respiratoria (simpático), urgencia urinaria (parasimpático), aumento del pulso (simpático), dilatación pupilar (parasimpático), aumento de los reflejos (simpático), dolor abdominal (simpático), trastornos del sueño (parasimpático).....
- Cognitivas: bloqueo del pensamiento, confusión, preocupación, olvido, rumiación, disminución de la atención, dificultad para la concentración, disminución de la habilidad para solucionar problemas...

Factores relacionados:

- Conflicto inconsciente sobre los valores y metas esenciales de la vida.
- Crisis de maduración o situacionales.
- Estrés.

- Amenaza de cambio en el rol, estado de salud, entorno...

INTERVENCIONES (NIC)

1402 Control de la ansiedad
1405 Control de los impulsos
1502 Habilidades de interacción social
1302 Superación de problemas

OBJETIVOS (NOC)

5820 Disminución de la ansiedad
4370 Entrenamiento para control impulso
4362 Modificar conducta habilidad social
5230 Aumentar el afrontamiento
4920 Escucha activa
4640 Ayuda para controlar el enfado
4380 Establecer límites
6486 Manejo ambiental: seguridad
4340 Entrenamiento de la asertividad
5270 Apoyo emocional

10 PATRON ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Diagnóstico de Enfermería 00150 Riesgo de Suicidio: Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo:

- Conductuales: historia de intentos previos de suicidio, irreflexión, compra de un arma de fuego, acúmulo de medicinas, hacer testimonio o cambiarlo...
- Verbales: amenazas de matarse, expresión de deseos de morir.
- Situacionales: vivir sólo, jubilación, traslado, institucionalización, inestabilidad económica, falta de autonomía o independencia...
- Psicológicos: antecedentes familiares de suicidio, uso o abuso de alcohol, enfermedad o trastorno psiquiátrico, malos tratos en la infancia...
- Demográficos: ancianidad, adolescentes, caucásicos, americanos nativos, viudos, divorciados.
- Físicos: enfermedad física, terminal, dolor crónico...
- Sociales: pérdida de relaciones importantes, duelo, aflicción, soledad, desesperanza...

INTERVENCIONES (NIC)

1408 Autocontención de suicidio
1405 Control de los impulsos
1204 Equilibrio emocional
1403 Control del pensamiento distorsionado

OBJETIVOS (NOC)

6340 Prevención de suicidio
4370 Entrenamiento para control impulsos
4420 Acuerdo con el paciente
4354 Manejo de conducta: autolesiones
6487 Manejo prevención violencia
4640 Ayuda para control del enfado
5230 Aumentar el afrontamiento
5440 Aumentar los sistemas de apoyo
5990 Distracción
6160 Intervención en casos de crisis
6450 Manejo de ideas ilusorias.

PSICOEDUCACION PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA.

INFORMACION

Hay que informar al paciente y su familia acerca de la enfermedad. Se trata, por un lado de establecer una relación fructífera entre el paciente y el profesional, una relación de confianza estable en el tiempo. Y que permita en segundo lugar, una aproximación conjunta a la comprensión de las vivencias psicológicas que son motivo de sufrimiento.

Resumen de las recomendaciones sobre la información específica para el paciente y su familia según esquema CIE-10;

- La depresión es una enfermedad frecuente, para la que disponemos de tratamiento. La mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas.
- La enfermedad no esta causada por una dejadez o pereza moral.
- Conviene preguntar abiertamente sobre el riesgo de suicidio, y los planes al respecto si los hubiera. Las ideas de suicidio surgen como resultado de la propia enfermedad, y no son un síntoma de locura. Puede ser necesario pedir una estrecha vigilancia por parte de familiares o amigos.
- La ideación pesimista está promovida por el estado depresivo. Evitar la toma de decisiones importantes.
- No forzar/obligar al paciente a actividades personales, sociales, laborales, para las que no se ve capacitado. Al mejorar su estado podrá reanudarlas.
- La depresión también puede conllevar una inapetencia sexual, junto a una vivencia de incapacidad para amar y ser amado.
- Reforzar las estrategias de afrontamiento del paciente ante hechos de la vida cotidiana. Subrayar los cambios positivos.

PSICOEDUCACION

Psicoeducación para incrementar la adherencia al tratamiento:

- Debe tomar la medicación como le fue prescrita.
- Los antidepresivos deben tomarse diariamente de 4-6 semanas para notar sus efectos.
- Continuar tomando la medicación incluso si ya se siente mejor.
- Contactar con los profesionales sanitarios si tiene dudas acerca de su medicación.
- Debe saber que los antidepresivos no son adictivos.

BIBLIOGRAFIA:

Colorado clinical guidelines .

Guías clínicas 2006. www.fisterra.com

Guidelines for the treatment and management of depression by primare healthcare professionals. National health committee. September 1996.

UW Health Depression Guidelines - September 2004

8. LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA DEPRESIÓN

El nivel de capacitación de las personas con trastornos mentales, no es estático, ni se puede predecir su evolución con el diagnóstico psiquiátrico, sino que depende de muchos factores.

En los últimos años han aumentado las expectativas e integración laboral de colectivos con dificultades de inserción, y se han creado programas y servicios específicos que la facilitan. Estas acciones pueden paliar en parte, los efectos de una coyuntura económica cada vez más excluyente.

Las variables sobre las que se puede incidir y que consideramos más importantes son las personales, las del entorno, las legales y las sociales.

En relación con las variables personales, hay que tener en cuenta la incidencia de la patología: bajo nivel de autoestima, dificultades para establecer relaciones interpersonales, vulnerabilidad ante situaciones estresantes y déficits en la autonomía.

En la mayoría de los casos, la aparición de la enfermedad ha supuesto una ruptura en el ciclo vital de la persona, y en muchos casos, se detecta un desconocimiento de las habilidades y posibilidades personales y como consecuencia, se produce un desajuste entre las expectativas y la realidad.

Otras veces se desconoce las fuentes para conseguir un puesto de trabajo, cómo acceder a la información de las ofertas, a los organismos e instituciones, y faltan canales de información así como el conocimiento de las técnicas de búsqueda de trabajo: saber como elaborar un currículum o como prepara una entrevista.

En relación al entorno, LA FAMILIA SE CONVIERTE EN EL ELEMENTO CLAVE EN EL PROCESO DE INSERCIÓN...el margen de confianza que la familia proporciona y que disminuye la angustia que supone la apuesta por la rehabilitación laboral.

Los factores legales son importantes y la Ley de dependencia que actualmente ha entrado en vigor, va a distinguir a aquellos pacientes que se han cronificado y cuya enfermedad los incapacita para trabajar, bien por su situación de salud, bien por su edad avanzada, a los que deberán facilitarse apoyos sociales de nuestra comunidad, y aquellos pacientes que se consideran aptos para un trabajo y cuyo desenvolvimiento puede ayudar notablemente a salir de la exclusión, a recuperar la autoestima y a sentirse útil desde el punto de vista social.

Entre los factores sociales negativos está los prejuicios excluyentes de nuestra sociedad y de las empresas, al considerar a la enfermedad mental como peligrosa e imprevisible. Por tanto, trabajar en la inserción o reinserción laboral, implica un trabajo interdisciplinar y una estrecha coordinación entre los distintos servicios de la red sanitaria y social, adecuada a la situación de cada paciente., y en la cual la interesada o el interesado debe tener una participación activa, sobre la base del consenso y del compromiso.

Un dato significativo e importante es que por cada hombre, tres mujeres padecen depresión, especialmente las amas de casa que sufren frustración de no poder realizar un trabajo remunerado que las realice como persona y les aporte una socialización.

Por otra parte, frecuentemente además de las labores propias del hogar tienen que ejercer como cuidadoras de sus familiares crónicos o disminuidos y esto les genera un estrés y una carga añadida.

En los últimos años se han venido realizando numerosas investigaciones empíricas y sociológicas sobre la depresión y se han empezado a resaltar la importancia de los factores psicosociales de vulnerabilidad.

Destacan dos aspectos: 1) la importancia de los efectos vitales graves y de las dificultades crónicas en el proceso depresivo (factores provocadores de la depresión) y 2) y factores de vulnerabilidad que son principalmente:

- la ausencia de confidencialidad en la pareja.

- La existencia de tres o cuatro hijos menores de 14 años
- Dedicación exclusiva al trabajo doméstico (desempleo)
- Pérdida de la madre antes de los once años.
- Los malos tratos.

En estas adversidades psicosociales las mujeres presentan síntomas depresivos con mayor frecuencia.

El papel de la mujer en la sociedad, aún tiene mucho que ver con el mantenimiento de las relaciones afectivas. Su pérdida hace más vulnerable a la mujer que tiene una brutal bajada de autoestima y sobreviene la depresión.

¿Cómo podemos hacer prevención, según los expertos?

1. Actuando sobre los efectos causales de la vulnerabilidad.
2. actuando sobre los efectos desencadenantes.
3. Proporcionando a la mujer factores de protección

Entre los principales factores de protección están:

La familia

El trabajo o ocupación fuera del hogar

El apoyo social.

Amistades o asociaciones.

La formación.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES		
8.1. La Inter-consulta realizada al trabajador social de salud debe dirigirse hacia una intervención ante situaciones estresantes que puedan ser modificadas o proclives al cambio.	B	I
8.2. Cuando se detecte una situación de riesgo social por problemas familiares, de vivienda, de paro laboral, de carencia de trabajo, o de vejez sin los apoyos necesarios a nivel familiar y/o comunitario.	B	I
8.3. Facilitar información al paciente/familia o cuidadores, sobre los recursos sociosanitarios o sociales disponibles a nivel comunitario.	A	I
8.4. Los problemas de aislamiento social, de malos tratos físicos o psíquicos y las situaciones carenciales, tanto a nivel económico, afectivo-emocional o cultural, deben ser evaluadas mediante un diagnóstico social individualizado en cada situación determinada.	C	III

8.5. Exista una clara relación entre salud percibida por los usuarios, su discapacidad funcional y la depresión, por lo que es necesario sacar el máximo rendimiento a la Ley de la dependencia, para poder ofrecer bienestar social a los pacientes, dentro de las limitaciones.	C	III
8.6. El trabajo de grupo de pacientes con depresión, puede ser enriquecedor tanto para los profesionales de la salud, como para los pacientes seleccionados con posibilidades de mejora.	B	II
8.7. Realizar programas preventivos mediante un trabajo comunitario para propiciar el bienestar social de las personas a nivel físico, psíquico y social implica, al menos, la coordinación entre los profesionales del centro de A. Primaria, de Salud Mental y de los Servicios Sociales Municipales, respaldados por distintas administraciones.	A	I

BIBLIOGRAFIA

1. Sandín, Bonifacio. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 2003 Vol.3 nº 1 (141-157).
2. Allgöwer, A., Wardle, J., and Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviours in young men and women. *Health Psychology*, 20(3), 223-227.
3. Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1), 17-23.
4. Beeber, L. (1999). Testing an explanatory model of the development of depressive symptoms in young women during a life transition. *Journal of American College Health*, 47 (5), 227- 234.
5. Beneria, L y Roldán, M. (1992). Las encrucijadas de clase y género, Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México, México, El Colegio de México/FCE.
6. González, R. (2001, octubre 13). Los problemas mentales, principal causa de enfermedades y discapacidades: Frenk. *Comunicación e información de la mujer*. Consultado el 13 de junio de 2004. Disponible en <http://www.cimacnoticias.com/noticias/01oct/01101302.htm>
7. Landero, R. y González, M. (2002). Determinantes psicosociales del estrés en amas de casa. *Psicología y salud*, 12(2), 279-288.
8. Lara, M. y Salgado, N. (1994). *Mujer, pobreza y salud mental*. En: Alatorre, J., Careaga, G., Jusidman, C., Salles, V., Talamante, C. y Townsend, J. (1997). *Las mujeres en la pobreza*. México: El Colegio de México.
9. López, F. M., Cuenca, M., Viciano, D., Rodríguez, M.I., Martín, E.M., Acosta, M. y Odriozola, G. (2000). Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. *Semergen*, 26, 387-392.

10. Matad, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., e Ibáñez, I., (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25 (2),32-37.
11. OMS (2002), Programa Mundial de Acción en Salud Mental. OMS, 2002. Organización Mundial de la Salud. Revisado el 23 de 2004. Disponible en : [http:// www.who.int/mental_health/media](http://www.who.int/mental_health/media)
12. Sánchez, E. Garrido, A. y Álvaro, J.L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Psicología Social*, 18 (1), 17- 33.
13. Torres, C. (2002). La otra mirada de la salud mental. *Mujeres y salud*, Isis Internacional. Revisado el 24 de enero de 2002. Disponible en: <http://www.isis.cl/mujeeshoy/salud/reflex4htm>
14. Caracterización de la preocupación en función de la gravedad de la ansiedad en personas mayores que viven en la comunidad (Montorio, Nuevo, Márquez, Izal y Losada, 2003).
15. Utilización de la Escala de Depresión Geriátrica de 5 Items en personas con demencia y personas mayores con depresión diagnosticada (Storandt, 2005).
16. Como se hagan las preguntas influye en la evaluación de la depresión en personas mayores (Codos, Buckwlter, Blazer y Seeman, 2004).
17. Fernández Montalvo, J. y Piñol, E. (200). Horario laboral y salud. Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 207-222.
18. House, J.S. y Kahm R. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y S. L. Syme (eds). *Social support and health* (pp.83-108). Orlando. FL: Academie Press.
19. Kanner.A.D., Coyne, J.C, Schaefer,C. y lazarus, R.S (1981).Comparison or two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicines*, 4, 1-39.
20. Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression.*Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
21. Pearlin, L.I.,Aneshensel, C.S., Mullan, J.T. y Whitlatcha, C.J. (1995). Caregiving and its social support. En R.H. Binstock y L.K. George (eds). *Handbook of aging and the social sciences*. Nueva York: Academic Press.
22. Santed, M.A.,Sandín, B., Chorot., P. y Olmedo, M. (200).Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando elefecto del neuroticismo.*Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*,5, 165-178.
23. Nacional Institute of Clinical Excellence. Depresión. Management of depresión in primary and secondary care.2004. <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=236667>.
24. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression.. 2004. Disponible en <http://www.ranzcp.org/pdf/files/cpgs>
25. Brigham and Women's Hospital. Depression.A guide to diagnosis and treatment.2001. Disponible <http://www.brighamandwomens.org/medical/handbookarticles/depression/DepressionGuidlenines.:pdf>

26. The Depresión Report. A New Deal for Depresión and Anxiety Disorders. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. June 2006.
 27. Lara Tapia Héctor, Bravo Luz M^a, Meléndez Montiel Julio Diego, Gutiérrez Campos Enrique. Depresión mayor y menopausia. Un estudio controlado. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2002; XXXV(3) :138-143.
 28. Poor and depressed, the tip of the iceberg: the unmet needs of enrollees in an indigent health care plan. *Adm Policy Ment Health*, 2006 Mar; 33(2):172-81. PMID:16502133(PubMed-indexed for MEDLINE).
 29. Managed care and systems cost.- effectiveness:treatment for depression. *Med Care*, 2005 Dec;43(12):1225-33. PMID:16299434 (PubMed-indexed for MEDLINE).
 30. Managed care and systems cost-effectiveness: treatment for depression. *Med Care*. 2005 Dec; 43(12):1225=33. PMID:16299434 (PubMed- indexed for MEDLINE).
 31. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas. Murria E., Burus J. See Tai S, Lai R, Nazareth I . *Biblioteca Cochrane Plus*, 2006,
 - 32 Old agemental health services in England: implementing Service Framework for older people.
 - 33 Unraveling the layers of cultural competence: exploring the meta-cultural competence in the Therapeutic community. Mallow A, Cameron kelli D, Volume 5 Issue 3, page 674. 2006.
 - 34 Bridging The gap:: The development of knowledge briefings and social interface. Carrol C.C. Kooke J. ,Booth A. Beberly C, Volumen 14 Issue Page: 491-8 2006. *Health Soc care Community*, 17059491.
-

RECOMENDACIONES CLAVE

RECOMENDACIONES CLAVE	JUSTIFICACIÓN	PRINCIPALES BARRERAS
Previo a la instauración de un tratamiento antidepresivo, es preciso realizar un diagnóstico correcto, excluyendo las fluctuaciones emocionales como reacción a diversos acontecimientos vitales.	Utilización de terapéuticas psicofarmacológicas antidepresivas sin claridad diagnóstica, generando Yatrogenia y un elevado gasto sanitario.	Para realizar un adecuado proceso diagnóstico, es necesaria la formación de los profesionales de la salud y disponer de tiempo suficiente para su realización.
Se recomienda la utilización de los ISRS como primera opción de tratamiento psicofarmacológico. Los AD de acción dual pueden ser también considerados fármacos de primera línea.	Alto nivel de evidencia en las guías sanitarias. Buen nivel de eficacia, fácil dosificación y menor frecuencia de efectos secundarios.	Formación actualizada de los profesionales, dado el gran número de nuevas comercializaciones.
En pacientes diagnosticados de trastornos depresivos, es imprescindible explorar riesgo suicida y en caso de valorar la existencia del mismo, instaurar las adecuadas medidas de control y tratamiento.	Se considera que un % de acometes con trastorno depresivo pueden suicidarse. El predictor más fiable es la presencia de intentos previos.	Tabúes y falsas creencias en algunos ámbitos sanitarios que creen que explorar el riesgo suicida puede precipitar el mismo.
Utilizar dosis eficaces de AD, durante un tiempo suficiente y constatando el correcto cumplimiento terapéutico. Vigilar el tratamiento farmacológico con mayor asiduidad durante las primeras semanas, por la posible presentación de efectos adversos. Informar al paciente de los mismos y del periodo de latencia.	El incumplimiento terapéutico es la causa más frecuente de falta de respuesta.	Gran variabilidad en la práctica clínica en cuanto a la información y control de los efectos adversos. En ocasiones, utilización de infradosis, asociaciones de fármacos o cambios bruscos de los mismos.
Tras un primer episodio depresivo, con una remisión sintomática completa, mantener el tratamiento AD durante un periodo de 6 - 12 meses.	Esta medida disminuirá el riesgo de recaída.	Recaídas sintomáticas que inducen a errores y en ocasiones a polifarmacopea con los consiguientes riesgos.
Todos los pacientes a los que se les prescriben fármacos AD, deberían ser informados de que puede presentarse un síndrome de discontinuación ante interrupciones bruscas del tratamiento, olvidos de dosis o reducción de las mismas.	Los síntomas pueden ir desde un leve malestar hasta un síndrome confusional.	De no considerarse esta eventualidad, pueden generarse intervenciones médicas innecesarias e ineficaces.
Derecho a la psicoterapia como prestación sanitaria pública.	Está comprobada empíricamente su eficacia como tratamiento de elección y/o tratamiento combinado en los trastornos depresivos.	Necesidad de reconocimiento de que los tratamientos psicoterapéuticos precisan tiempos de asistencia (consultas) más largos y estructurados. Exigencia a los profesionales de formación específica en psicoterapia.

<p>Realizar indicaciones psicoterapéuticas desde Atención Primaria en depresiones reactivas o trastornos adaptativos u ofertar tratamientos psicoterapéuticos desde especializada.</p>	<p>Evita patologizar y psiquiatrizar (medicalizar) problemas de la vida diaria. Previene las recaídas y la recurrencia al utilizar los recursos del paciente (y de su contexto) en su propia curación o resolución del trastorno. Previene las recaídas al reactivar en el paciente estrategias de afrontamiento aprendidas.</p>	<p>Dificultad del profesional de posicionarse en un modelo biopsicosocial del proceso de salud-enfermedad. El propio paciente cuando expresa una queja espera recibir un medicamento (expectativas del paciente).</p>
<p>En las depresiones severas, graves y de larga evolución tratadas con psicofármacos introducir el tratamiento psicoterapéutico.</p>	<p>Por la implicación y participación de los factores psicosociales tanto en la etiología como el mantenimiento de los trastornos depresivos. Mejora la calidad de vida y el nivel de satisfacción de los pacientes depresivos graves (y de sus familias) al tener en cuenta los aspectos contextuales de su problema.</p>	<p>Necesidad de trabajar en equipos interdisciplinarios (no multidisciplinares).</p>
<p>Debe derivarse al trabajador social de salud mental: Cuando se detecte una situación de riesgo social por problemas familiares, de vivienda, de carencia económica, o de vejez, sin los apoyos necesarios a nivel familiar y/o comunitario, y en situaciones de malos tratos físicos o psíquicos.</p>	<p>Todas estas circunstancias constituyen factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad para el trastorno depresivo, pudiendo dificultar también el acceso y correcto tratamiento en estos casos.</p>	<p>Necesidad de estrecha coordinación entre los agentes socio-sanitarios y posiblemente incremento y optimización de los recursos.</p>