



Region de Murcia
Consejería de Sanidad



Guía de práctica clínica de los trastornos

depresivos

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud

Coordinación:

Martín García-Sancho, Julio C. Subdirección de Salud Mental
Hernández Vera, M^a Rosario. GAP Lorca

Autores (por orden alfabético):

DOCUMENTO I: DEPRESIÓN EN ADULTOS

Alarcón Terroso, Ricardo. Psiquiatra
Gea Serrano, Amor. Trabajadora Social
Martínez Maurandi, Juana M^a. Enfermera Atención Primaria
Pedreño Planes, Juan José. Médico de Familia
Pujalte Martínez, M^a Luisa. Enfermera Salud Mental

DOCUMENTO II: DEPRESIÓN INFANTIL

Garre Sánchez, M^a Isabel. Pediatra.
Robles Sánchez, Fuensanta. Psiquiatra.
Vicente Garriga, Montserrat. Psicóloga Clínica

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a Jesús Fernández y a Carlos Giribet Muñoz, Subdirectores de Atención Primaria y de Salud Mental, por impulsar la creación de la Comisión Mixta de Atención Primaria y de Salud Mental, comisión que ha venido trabajando desde hace tres años para establecer un modelo de cooperación.

También agradecer a todos los miembros de esta comisión mixta su colaboración en la lectura, sugerencias y aprobación de este documento:

José Abellán. Psiquiatra. Hospital Virgen de la Arrixaca
Esther Carrasco Parrado. Psiquiatra. CSM Infante.
Matías del Cerro Oñate. Psiquiatra. CSM Infanto- juvenil de Murcia.
Concha Escribano Sabater. Médico de Familia. Subdirección Gral AP.
Jesús García Molina. Médico de Familia. CS Barrio Peral.
Manuel Gutiérrez Santos. Médico de Familia. CS El Palmar.
Rosario Hernández Vera. Médico de Familia. GAP de Lorca.
Isabel Lázaro Montero de Espinosa. Psiquiatra. H. Morales Meseguer.
Luisa Pilar León Martínez. Médico de Familia. CS Mar Menor.
M^a José Lozano Semiltiel. Psicólogo clínico. CSM Lorca.
Antonio Micol López. Psiquiatra. CSM Caravaca- Mula.
Fernando Navarro Mateu. Psiquiatra. Subdirección Gral SM.
Juan Carlos Sánchez Sánchez. Psicólogo clínico. CSM San Andrés de Murcia
Jerónimo Rueda Salmerón. CS Santa M^a de Gracia.
Miguel Santiuste de Pablos. Psiquiatra. CSM Cartagena.
Isabel Santos Ortuño. Médico de Familia. GAP Murcia.
José María Salmerón Arias-Camisón. Psiquiatra. CSM Yecla- Jumilla

Queremos destacar la labor de Fernando Navarro y de Concha Escribano por su implicación en los grupos de trabajo que surgieron de esta comisión. Su trabajo en la coordinación de reuniones y puestas en común ha sido fundamental para que surgieran esta y otras iniciativas, que esperamos sirvan para mejorar la imprescindible colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental.

Por último, agradecer a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y al actual Subdirector de Atención Primaria José Javier Herranz, la financiación de la guía y su impulso final, especialmente a través de Josefina Marín que ha acogido el proyecto con entusiasmo, colaborando en la revisión de las pruebas de imprenta.

PRESENTACION

En los últimos años se ha producido una transformación sustancial de la atención a la salud mental en nuestro país. La normalización de este tipo de atención tiene su máxima expresión funcional por un lado en el desarrollo de los servicios asistenciales de salud mental de tipo comunitario, y por otro en el protagonismo que adquiere la atención primaria.

La realidad actual revela que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el médico de familia y que más del 90% de los pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria. Este hecho se constata si consideramos la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en este nivel asistencial, ya que en la atención diaria, los médicos de familia atienden a más de un 15% de los pacientes con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica.

Debido a la diversidad de las necesidades de atención que presentan los pacientes con trastornos mentales, para garantizar un sistema sanitario de calidad es preciso que exista un desarrollo óptimo en las carteras de servicios de los equipos de Atención Primaria, así como en los de Salud Mental. Además para prestar una atención de calidad y asegurar las necesidades en la continuidad de la atención a estos pacientes, se requiere la definición de procesos de trabajo conjunto entre los profesionales de los dos niveles asistenciales.

Las recomendaciones de la O.M.S. en esta materia, los contenidos la Declaración de Helsinki, el Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia 2006-2009, y las recientemente aprobadas Estrategias de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en las que han trabajado, entre otros, activamente profesionales de atención primaria y salud mental, explicitan que es de máxima importancia el que los dos niveles asistenciales estén coordinados, cooperen y traten activamente, cada uno en su ámbito de actuación, a estos pacientes.

Desde hace varios años, en nuestra Región está formalizada una Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental que viene trabajando hacia un modelo de cooperación, con la elaboración conjunta y consensuada de protocolos de actuación e incluso del proceso de atención a estos pacientes, y fruto de estos trabajos es la presente "Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos".

El objetivo primordial de esta Guía, tal y como se explicita en su texto, es mejorar la atención clínica de las personas afectadas de depresión, que son atendidas por el Servicio Murciano de Salud.

Queremos agradecer la profesionalidad e implicación de todos aquellos que han colaborado en la realización de este documento, y estamos convencidos que su aplicación contribuirá a mejorar la atención sanitaria, y la salud mental de nuestra población.

José Javier Herranz Valera Carlos Giribet Muñoz

Subd. Gnral. Atención Primaria. Subd. Gnral. de Salud Mental

Índice

DOCUMENTO I: Depresión en adultos

1. Definición - Concepto	13
2. Poblacion Diana	13
3. Epidemiología	13
3.1 Prevalencia.....	13
3.2. Factores de Riesgo	14
4. Factores Etiológicos	15
4.1. Biológicos	15
4.2. Clasificación en función de la Etiología	15
5. Clasificación de la Depresion	16
6. Plan de Actuación	17
6.1. Detección	17
6.2. Anamnesis.....	18
6.3. Exploración	19
6.4. Criterios Diagnósticos	21
6.5. Diagnostico Diferencial	22
7. Tratamiento	24
7.1. Información y Educación al Paciente y su Familia	24
7.2. Tratamiento Farmacológico.	24
7.3. Tratamientos Psicológicos	29
7.4. Intervención Social	30
7.5. Cuidados de Enfermería	30
8. Pronóstico	31
9. Criterios de Derivación	31
10. Recursos Necesarios	31
11. Organización y Funcionamiento	32
12. Sistema de Registro	32
13. Evaluación	32
14. Bibliografía	33
15. Bibliografia Practica / Direcciones de Interés	34
Anexos	35
Anexo I: Escala de Interés Psicosocial.....	37
Anexo II: Recomendaciones para la Entrevista Clínica	39

Anexo III: Escalas para valorar la Depresión	41
Anexo IV: Apgar Familiar.....	57
Anexo V: Equivalencia entre los diagnósticos CIE 10 y DSM-IV TR objeto de esta guía.....	59
Anexo VI: Información al Paciente y Familiares.....	67

DOCUMENTO II: Depresión Infantil

1. Definición y Concepto	70
2. Población Diana	70
3. Epidemiología.....	70
4. Factores Etiológicos	70
5. Clasificación.....	71
6. Plan de Actuación Diagnóstica	71
7. Tratamiento.....	75
8. Intervención Preventiva desde Atención Primaria.....	75
9. Bibliografía	76

Anexo

Anexo VII: Cuestiones prácticas en sospecha de depresión.....	77
Anexo VIII: Consideraciones del diagnóstico de depresión en la infancia.....	78
Anexo IX: Cuestionario español para la depresión infantil	79

Introducción: Elaboración y utilización de la guía

Esta guía ha sido elaborada por profesionales de Salud Mental y Atención Primaria de los Centros del Servicio Murciano de Salud, en el marco de cooperación que se establece en la Comisión de Atención Primaria y Salud Mental. Los participantes manifiestan no tener conflicto de intereses y no haber recibido financiación pública ni privada.

Se han revisado guías específicas de atención primaria con el fin de hacer recomendaciones basadas en pruebas siempre que ha sido posible. De no existir evidencia, se ha recurrido al consenso en el pleno de la comisión de elaboración de recomendaciones.

Las guías más ampliamente consultadas han sido :

- A systematic guide for the management of depression in Primary Care. Centre for Evidence Based Mental Health. Oxford. 1998. (CEBMH. Depression guideline homepage.htm)
- Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Trastorno depresivo mayor. 2ª Ed. Compendio 2003. Ars Médica. Barcelona.

El documento fue valorado por la Comisión Mixta Atención Primaria- Salud Mental y se recogieron las sugerencias aportadas.

Clasificación del nivel de evidencia:

A Al menos un ECA de buena calidad

B Basado en estudios clínicos correctos metodológicamente pero no ECAs

C Opinión de expertos o autoridades clínicas reconocidas

JUSTIFICACIÓN

En 1993 la OMS introdujo un nuevo concepto para estimar la carga de las enfermedades que fuese más allá de la mortalidad y la morbilidad: los AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad). Esta medida de pérdida de la salud combina información tanto del impacto de la muerte prematura como de la discapacidad y otros problemas de salud no mortales provocados por la enfermedad, permitiendo estimar la **carga global de las enfermedades**. En el año 2001 la OMS dedica su informe sobre salud en el mundo a la salud mental. El trastorno depresivo está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades: es responsable del 4,4% del total de AVAD y es la causa principal de APD (años perdidos por discapacidad): 11,9% del total. En el grupo de 15 a 44 años es la segunda causa de carga, y responsable del 8,3% de los AVAD perdidos. Estas estimaciones demuestran claramente el alto nivel de carga atribuible hoy día a la depresión.

Las perspectivas de futuro son aún peores. Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En el mundo, sólo será superada en AVAD perdidos para ambos sexos por las cardiopatía isquémica. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad.

En este mismo informe, se estudia la prevalencia de trastornos psiquiátricos graves en Atención Primaria en un estudio transcultural en 14 centros de diversos países. La depresión es el trastorno más prevalente con el 10,4%. ⁽¹⁾

OBJETIVO DE LA GUÍA

Mejorar la atención clínica de las personas afectas de depresión, atendidas por el Servicio Murciano de Salud.

VIGENCIA DE LA GUÍA

Por ser un área de rápido crecimiento de publicaciones y ensayos, consideramos que la guía debe revisarse en un plazo máximo de tres años (2010)

1. DEFINICIÓN – CONCEPTO

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

En el caso de la población infantil, la clínica es dependiente de la etapa de desarrollo y sus expresiones particulares son: Trastornos de conducta, deterioro escolar, quejas somáticas y ánimo disfórico.

A partir de aquí nos referiremos a la depresión en población adulta y abordaremos la depresión en la infancia y adolescencia en un apartado específico, dadas las peculiaridades que presenta.

2. POBLACIÓN DIANA

La población diana de esta guía son pacientes que consultan por síntomas compatibles con la definición anterior mayores de 16 años. Para la población menor de 16 años consultar el documento Depresión infantil.

3. EPIDEMIOLOGÍA

3.1 PREVALENCIA

En los estudios internacionales, la prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en población adulta (siendo del 10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres). Aumenta en el grupo de pacientes con alguna patología física y en personas mayores alcanza un 15%. Asimismo, el 15% de la población padece depresión en algún momento de su vida. La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años. El suicidio se presenta en un 3-4% de las depresiones mayores.^(2, 3)

En el estudio de prevalencia de los trastornos mentales más amplio y reciente realizado en España (Estudio ESEMeD-España.), el trastorno más frecuente es el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Destaca también en tercer lugar la distimia tanto en prevalencia-año (1,49%, detrás de la fobia específica con el 4,5%) como en prevalencia-vida (3,65% detrás de la fobia social con el 3,6%). Existen diferencias significativas entre ambos sexos, tanto en la prevalencia-vida como en la prevalencia-año, tal como puede verse en la siguiente tabla:

	Prevalencia-año			Prevalencia-vida		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Episodio depresivo mayor	2,1%	5,6%	3,9%	6,3%	14,4%	10,5%
Distimia	0,5%	2,4%	1,5%	1,8%	5,3%	3,65%

• Adaptada de Haro J M, Palacína, C, Vilagut G, e.a. y el Grupo ESEMeD-España. **Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España.** Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51

Esto significa que el 5,4% de la población española sufrió un trastorno del estado de ánimo en el último año y que el 14,7% lo sufrirá a lo largo de su vida. Sin embargo, estos datos son inferiores a los de países del norte de Europa.

En este estudio, haber estado casado, vivir en grandes ciudades, el desempleo, la discapacidad o estar de baja maternal se asocia a mayor riesgo de trastornos depresivos. Sin embargo la prevalencia disminuye con los años de educación formal (nivel de estudios).⁽⁴⁾

3.2. FACTORES DE RIESGO

3.2.1. SEXO

La relación hombre/mujer es de 1:2-3 entre los 12 y 55 años, igualándose fuera de este intervalo de edad.⁽³⁾

3.2.2. EDAD

Existe una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años. Según la edad existen diferencias respecto a los síntomas predominantes, por ejemplo en los niños son más frecuentes las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, mientras que en el adolescente se asocia a trastornos disociales, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. En el anciano suelen ser frecuentes las quejas somáticas y síntomas cognoscitivos (sensación de pérdida de memoria, falta de atención).

3.2.3. GENÉTICOS

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo⁽⁴⁾

3.2.4. ACONTECIMIENTOS VITALES

Son aquellos eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. Al ser acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales su potencial estresante va a estar en función de la cantidad de cambios que produzcan (Anexo I). Las emociones de tipo negativo que acompañan al estrés –ansiedad, depresión, etc- varían de acuerdo con las circunstancias del individuo y de la situación y de la agudeza o cronicidad del estrés. Ante el estrés agudo se tiende a experimentar ansiedad/miedo; cuando el estrés se cronifica predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo.⁽⁶⁾

Su existencia no es necesaria ni puede ser considerada una causa suficiente para la puesta en marcha del cuadro.

3.2.5. FACTORES SOCIALES

Los factores sociales predisponentes son aquellos que incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos:

- Las experiencias de privación psicosensorial o de abusos y explotación extremas, que a menudo se dan durante la infancia en situaciones de desestructuración social o familiar.
- Otros muchos factores sociales predisponentes o de vulnerabilidad se encuentran en el entorno físico y social del individuo, por ejemplo condiciones difíciles en el trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, vecindario con altos niveles de violencia, etc ^(6,7)

Ver escala de estrés psicosocial de Holmes y Rabe (Anexo I)

3.2.6. PSICOLÓGICOS

Las teorías psicoanalíticas sitúan la vulnerabilidad para la depresión en las etapas tempranas de desarrollo, que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores. Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable (indefensión aprendida) o la falta de reforzadores positivos.⁽⁸⁾ Desde los años ochenta se han multiplicado los trabajos que desarrollan las tesis cognitivas según las cuales el síndrome depresivo se desarrolla a partir de esquemas cognitivos

que facilitan la aparición de pensamientos automáticos que producen ideas negativas sobre el mundo, el futuro y uno mismo⁽⁹⁾

4. FACTORES ETIOLÓGICOS

4.1. BIOLÓGICOS

4.1.1 GENÉTICOS.

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo⁽¹⁰⁾.

4.1.2. FACTORES NEUROQUÍMICOS.

Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER). Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Se han observado, además, niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes que cometieron suicidio. También se ha observado que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

4.1.3. FACTORES ENDOCRINOS.

Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.

4.1.4. FACTORES FISIOLÓGICOS

Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

4.1.5. FACTORES ANATÓMICOS.

Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo.

4.2. CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE LA ETIOLOGÍA

Clásicamente, la depresión se ha clasificado según su etiología en:

- **Endógena:** aquella cuya causa no se conoce, pero se considera ligada a una predisposición constitucional biológica del sujeto.
- **Psicógena:** asociada a la personalidad o reactiva a acontecimientos vitales.
- **Orgánica:** secundaria a un fármaco o enfermedad médica por un mecanismo fisiológico.

Por ejemplo, un paciente que en reacción al diagnóstico de un cáncer desarrolla una depresión, tendría una depresión psicógena; en cambio, un paciente que desarrolla una depresión que se considera ligada fisiopatológicamente al cáncer, sería diagnosticado de depresión orgánica.

Las causas más frecuentes de depresión orgánica son las siguientes:

Enfermedades endocrinas y metabólicas:

- Hipo e hipertiroidismo.
- Hiperparatiroidismo
- Enfermedad de Addison
- Síndrome de Cushing
- Porfiria aguda intermitente
- Diabetes

Intoxicaciones:

- Plomo
- Mercurio
- Bismuto
- Quinina
- Monóxido de carbono.

Enfermedades Infecciosas:

- Gripe
- Hepatitis
- Neumonía
- Demencia relacionada con SIDA
- Mononucleosis infecciosa
- Neurosífilis

Enfermedades hematológicas:

- Deficiencia de folato
- Anemia perniciosa

Enfermedades digestivas:

- Enfermedad de Wilson
- Carcinoma cabeza páncreas

Enfermedades neurológicas:

- Tumores intracraneales
- Demencia tipo Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson
- Hematoma Subdural
- Hidrocefalia normotensiva.
- Síndrome postcontusión
- Miastenia gravis
- Esclerosis Múltiple
- Enfermedad de Huntington

Colagenopatias:

- Arteritis de células gigantes
- Lupus
- Artritis reumatoide

Fármacos:

- Antihipertensivos y cardiovasculares: Metildopa, Betabloqueantes, Digital...
- Esteroides: ACHO, ACTH, corticoides.
- Neurológicos y psicofármacos: Levodopa, Carbamacepina, Fenitoína, Amantadina,..
- Antiinflamatorios: Indometacina, Ibuprofeno, Fenacetina, Fenilbutazona,.
- Antibióticos, antifúngicos y afines: Metronidazol, Griseofulvina, Clotrimazol, Dapsona...
- Antineoplásicos: Vincristina

*Adaptada de la Guía de actuación en Atención Primaria. 2ª Ed. SEMFYC (2002).

5. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-IV y CIE-10. Entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho el DSM-IV toma los códigos de la CIE-10. En el anexo IV puede consultarse la tabla de equivalencia entre ambos sistemas y los criterios diagnósticos resumidos de los trastornos afectivos.^(6,11)

El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el **trastorno depresivo mayor** y el **trastorno distímico**. Dentro de los bipolares, el **trastorno bipolar I**, el **trastorno bipolar II** y el **trastorno ciclotímico**. Otros trastornos del estado de ánimo también incluidos en el DSM-IV son el **trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica**, el **trastorno del estado de ánimo inducido por sustan-**

cias, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto y, en cierto modo, el trastorno esquizoafectivo.⁽⁶⁾

El **trastorno depresivo mayor** es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas.

Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, encontramos un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la **depresión melancólica**, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos y TEC), así como nula respuesta al placebo.⁽¹²⁾ En general, la depresión melancólica es de mayor gravedad que la no melancólica. Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la **depresión psicótica**, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruína e hipocondría.⁽¹³⁾ Estas depresiones más graves pueden también complicarse con síntomas catatónicos como son la acinesia, el mutismo, la catalepsia, la flexibilidad cérica, o el negativismo.

La **depresión mayor no melancólica** constituye el grupo mayoritario de los episodios depresivos mayores y es probablemente indistinguible de la distimia en términos cualitativos.⁽¹²⁾ Muchos pacientes con depresión mayor no melancólica sufren otros trastornos mentales del eje I del DSM-IV o trastornos de la personalidad comórbidos. Dentro de este grupo, clínicamente y quizás etiopatogénicamente heterogéneo, se dio el calificativo de **depresión atípica** a la presentada por pacientes que tenían una mala respuesta a los ATC (Antidepresivos tricíclicos) en ensayos clínicos realizados en el ámbito hospitalario, caracterizándose por síntomas como humor reactivo, cansancio tipo *pesadez* de brazos y piernas, aumento de apetito o de peso significativos, hipersomnia, hipersensibilidad al rechazo interpersonal y buena respuesta a los IMAO. A pesar de su nombre, no es una depresión atípica en el entorno ambulatorio.

El DSM-IV permite realizar una serie de especificaciones para el trastorno depresivo mayor que hacen referencia a la gravedad del episodio actual (grave, moderado, leve, en remisión parcial, en remisión total), sus características (con síntomas atípicos, con síntomas melancólicos, con síntomas catatónicos, con síntomas psicóticos) y el curso del trastorno (con o sin recuperación interepisódica).

El **trastorno distímico o distimia** es el término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 20-30 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina **depresión doble**. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución.

En la historia clínica informatizada de Atención Primaria con el sistema OMI el Código CIAP de depresión es el P76.

6. PLAN DE ACTUACIÓN

6.1. DETECCIÓN

Las herramientas más utilizadas para la detección de la depresión (Escala de depresión de Goldberg, Zung, etc.: Anexo III) son igual de eficaces que formular al paciente estas dos preguntas:

- Durante las últimas dos semanas ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?
- Durante las últimas dos semanas ¿ha perdido el interés por sus actividades habituales o el placer en hacer cosas con las que se solía disfrutar?

Por tanto, se puede utilizar una escala o esas preguntas como forma de exploración.^(14, 15) Una detección positiva, incluso unida a factores de riesgo (como sexo femenino, historia familiar de depresión, desempleo o enfermedades crónicas) no equivale a diagnóstico. Para ello hay que utilizar los criterios que se describirán en el siguiente apartado.

6.2. ANAMNESIS

Existe evidencia de la utilidad de un adecuado conocimiento y aplicación de técnicas y habilidades en la entrevista clínica para mejorar la detección y manejo de los problemas de salud mental en la consulta (ver anexo II sobre recomendaciones para la entrevista clínica)⁽¹⁶⁾.

Tabla 1. Anamnesis dirigida a la búsqueda de sintomatología depresiva:

ASPECTOS A VALORAR	PREGUNTAS SUGERIDAS
Ánimo depresivo	-¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? -¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?
Anhedonia	-¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? -¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
Pérdida de energía	-¿Se cansa con facilidad? -¿Se siente con menos energía?
Cambios de peso o de apetito	-¿Ha tenido algún cambio en el peso o en el apetito?
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	-¿Se ha sentido inquieto, intranquilo, como si no pudiera estar quieto? -¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Pérdida de concentración	-¿Ha tenido problemas para concentrarse? -¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimiento de culpa o de inutilidad	-¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? -¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
Alteraciones del sueño	-¿Ha dormido bien últimamente? -¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Ideación suicida*	-¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto? -Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida puede pensar en morirse. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?
Esfera sociofamiliar ⁽¹⁰⁾	-¿Cómo van las cosas en casa, en el trabajo? -¿Hay alguna cosa que le preocupe? -¿Ha vivido alguna situación difícil o conflictiva?

* Adaptado de: García Campayo, J y Lou Arnal, S: "Detección de los trastornos depresivos en Atención Primaria" Revista "Claves en salud mental"

Es importante preguntar y reflejar en la historia clínica la ideación suicida y los factores de riesgo para llevarlo a cabo. No hay evidencia de que preguntar sobre ideas de suicidio aumente el riesgo de realizarlo. Hay alguna evidencia circunstancial de que formando a los médicos de familia para reconocer los factores de riesgo, se reducen las tasas de suicidio.⁽¹⁷⁾

Los factores de riesgo más importantes son la gravedad de la depresión y los planes suicidas como podemos apreciar en la Tabla 2:

Tabla 2. Factores de riesgo de suicidio en episodios depresivos

ESTADO MENTAL ACTUAL	Riesgo relativo
Ideación suicida	
Intento reciente	14
Plan definido	5
Desesperanza	5
Síntomas depresivos graves	3
Síntoma psicóticos (delirios y alucinaciones)	3
Factores de riesgo subyacentes	
Historia de suicidio en familiares de primer grado	4
Duelo	3
Varón	>1
Vivir solo	>1
Enfermedad física	>1
Ingreso reciente en hospital psiquiátrico	>1

Adaptada de: A systematic guide for the management of depression in Primary Care. Centre for Evidence Based Mental Health. Oxford. 1998.

6.3. EXPLORACIÓN

6.3.1. EXPLORACIÓN FÍSICA

Descartar enfermedad orgánica subyacente insistiendo en la exploración neurológica para descartar focalidad:

- Estado de piel y mucosas: coloración en la enfermedad de Addison, estigmas de hepatopatía,...
- Estado general: fiebre, frecuencia respiratoria, pérdida de peso,...
- Exploración tiroidea
- Auscultación pulmonar.
- Exploración abdominal.
- Exploración de pares craneales, marcha, tono muscular,...
- Exploración cognitiva. (Por ejemplo minimental)

6.3.2. EXPLORACIÓN SOCIAL

Es necesario realizar una exploración social general con el objetivo de detectar la presencia de indicadores de riesgo social (Ver tabla 3):

Tabla 3. Detección de factores de riesgo social

EXPLORACIÓN	PREGUNTAS SUGERIDAS	INDICADOR DE RIESGO
Situación familiar	¿Con quien convive y cómo son las relaciones familiares?	Disfunción familiar Malos tratos Convivencia de más de una unidad familiar en la misma vivienda
Red de Apoyo social	¿Qué otras relaciones sociales tiene?. ¿Son satisfactorias? ¿Cuenta con su apoyo? ¿En qué emplea su tiempo libre?	Aislamiento social. Escasez de red social . Falta de sistemas de soporte social.
Situación económica / Vivienda. Recursos familiares.	¿Dónde vive? ¿Tiene algún problema económico?	Situación económica precaria Vivienda en zona marginal, hacinamiento, deficiente equipamiento, barreras arquitectónicas.
Situación laboral y ocupacional.	¿En qué trabaja? ¿Existen problemas en su entorno laboral que le afecten?	Problema laboral, Burnout. Situación laboral inestable, estresante y poco gratificante. Bajo nivel de instrucción.
Estrategias personales de afrontamiento.	Cuándo tiene algún problema, ¿qué hace?, ¿pide ayuda?	Escasas estrategias personales de afrontamiento.

También puede servir de ayuda la realización del genograma familiar, analizar la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentra el paciente, realizar el Cuestionario de Función Familiar APGAR (Anexo V), etc.

6.3.3. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

El propósito de su realización es el de detectar patología causante del episodio depresivo ya comentada en el apartado de etiología:

Solicitar al menos una analítica en la que se incluyan: hemograma, fórmula y recuento, electrolitos (sodio, potasio, calcio, fósforo, glucemia, creatinina, función hepática (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina) función tiroidea (T4 libre, TSH) serología (VDRL, VIH), B12 y folatos.

6.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para llegar al diagnóstico de Episodio depresivo o distimia es necesario entrevistar al paciente y comprobar que cumple los criterios CIE-10 ⁽¹¹⁾ o DSM IV ⁽⁶⁾. (Se resumen en la tabla 4). Se pueden ver completos en el Anexo V).

F32.0 Episodio depresivo leve

Los síntomas más característicos son

- Ánimo depresivo
- Disminución de interés y de la capacidad de disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

Al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados en la Tabla 4. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es alto en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Tabla 4. RESUMEN DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS (CIE 10)

	LEVE	MODERADO	GRAVE	DISTIMIA
Síntomas principales: 1. Humor depresivo (vivencia de tristeza) 2. Pérdida de interés y disfrute (apatía y anhedonia) 3. Fatigabilidad (cansancio)	2 síntomas	2 síntomas	Los tres síntomas	Estado de ánimo deprimido continuo o recurrente
Otros síntomas: a) Disminución de la atención y concentración b) Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves) d) Perspectiva sombría del futuro e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones f) Trastornos del sueño g) Pérdida del apetito	Al menos 2	3 ó 4	Al menos 4	Al menos 2
Intensidad de los síntomas	Ninguno en grado intenso	Varios en grado intenso (no esencial si son muchos)	Intensidad grave	Menor que leve
Interferencia: dificultad para llevar a cabo su vida social y laboral	Alguna dificultad	Bastante dificultad	Dificultad extrema	Alguna dificultad
Duración	Al menos dos semanas			>Dos años

6.5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (tabla 5)

El **trastorno adaptativo** aparece como consecuencia de un acontecimiento vital estresante, existe un deterioro recuperable tras el estrés y la sintomatología rara vez excede de seis meses. Si un síndrome depresivo cumple criterios de episodio depresivo debe ser diagnosticado como tal aunque sea consecuencia de un acontecimiento vital estresante.

En la **enfermedad médica** existe una asociación temporal y fisiológica con el inicio de la enfermedad y la sintomatología depresiva remite con el tratamiento de la causa que lo provocó.

La **reacción de duelo** es una reacción normal a la muerte de una persona próxima. Pueden darse síntomas propios de un episodio depresivo, si bien la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada persona. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como un episodio depresivo.

La **demencia** es una enfermedad del cerebro en la que hay déficit de memoria, de orientación, comprensión, capacidad de aprendizaje, lenguaje... El déficit cognoscitivo se acompaña frecuentemente de un deterioro del control emocional, que puede confundirse en su inicio con un episodio depresivo.

El **trastorno bipolar** exige la presencia de al menos un episodio maníaco o hipomaniaco (logorrea, pensamiento acelerado ideas de grandeza, disminución del sueño...) que produce deterioro laboral y se puede acompañar de síntomas psicóticos.

La **tristeza** es un sentimiento normal, siempre que sea proporcional a la causa desencadenante y no llega a tener la duración ni la intensidad de los episodios depresivos.

La **ansiedad** se caracteriza por un estado de ánimo centrado en el futuro (anticipación de acontecimientos negativos) hipervigilancia y alteraciones de los ritmos circadianos ⁽⁵⁾

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de la depresión

Trastornos	Tr. Adaptativo	Enfermedad Médica	Duelo	Demencia	Tr. Bipolar	Tristeza	Ansiedad
Diferencias	-Acontecimiento vital estresante. -Deterioro recuperable tras el estrés. -Rara vez excede de 6 meses	-Provocada fisiológicamente por una enfermedad o por abuso de sustancias. -Asociación temporal con el inicio de una enfermedad.	-Pérdida de un ser querido. -Persiste menos de 2 meses	-Desorientación. -Presencia de síntomas cognitivos (Yetsavage, Minimental)	- Al menos un episodio maníaco o hipomaniaco (logorrea, pensamiento acelerado, ideas de grandeza, disminución del sueño). -Deterioro laboral, síntomas psicóticos	-Sentimiento proporcional a causa desencadenante. -Incumple criterios de duración o intensidad.	-Estado de ánimo centrado en el futuro. -Hipervigilante. -Sin ritmos circadianos. -Insomnio de conciliación -Sueños angustiosos
Ejemplo	-Cambio biográfico: separación, jubilación, paro, cambio de domicilio.	-Alcoholismo, cáncer, hipotiroidismo, hepatitis			-Grandes dilapidaciones de dinero en compras o proyectos insensatos.	-Suspense de asignatura, ruptura de pandilla,...	-Trastorno de ansiedad generalizada. Temores, preocupación

7. TRATAMIENTO

El tratamiento de la depresión plantea un abordaje integral de manera que existirán casos que requieran una perspectiva farmacológica (A), psicológica (A) y social y otras que sólo precisen uno o dos aspectos y distintas combinaciones de medicación y psicoterapia (A). En la atención a estas personas debemos valorar siempre esta perspectiva de manera que indiquemos en cada caso lo que sea más oportuno ⁽¹⁹⁾

Para instaurar tratamiento (y/o derivar) hay que determinar ⁽²⁰⁾:

- El tipo, la gravedad y la duración del episodio depresivo.
- Los estresores que han contribuido al episodio o que lo han exacerbado.
- Los apoyos y recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación.
- El riesgo de suicidio y el riesgo para otros, tanto por agresividad como por negligencia (p.e., cuidado de bebés o de niños pequeños en la depresión post-parto)

7.1. INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA.

Después del diagnóstico de la depresión, es fundamental proceder a dar una explicación comprensible para el paciente y su familia acerca de dicho trastorno, ofreciendo pautas y consejos sobre la enfermedad. Pueden ser útiles las pautas y consejos del Anexo VI (información específica para el paciente y su familia).

7.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el tratamiento de la depresión se utiliza una familia de psicofármacos, los antidepresivos, heterogénea en cuanto a su estructura química y efecto sobre la neurotransmisión cerebral. En función de su mecanismo de acción se pueden delimitar varios grupos de antidepresivos, los cuales a su vez se pueden clasificar en tres categorías según tengan una acción predominantemente serotoninérgica (**ISRS** e **IRAS**), predominantemente noradrenérgica (**ACC** e **IRNA**) o dual (**IRSN**, **NASSA** y **ATC**). Algunos de los antidepresivos más utilizados en la práctica clínica, sus dosis de uso en adultos sanos y su distribución en los diversos grupos farmacológicos figuran en la tabla 6:

La indicación principal de los antidepresivos dentro del espectro depresivo es el tratamiento del trastorno depresivo mayor (en sus fases aguda, de continuación y de mantenimiento). Otros síndromes depresivos de menor intensidad, como el trastorno distímico, también se benefician del tratamiento con antidepresivos.

7.2.1. ELECCION DEL ANTIDEPRESIVO

Dado que en términos generales y según los estudios la eficacia de todos los antidepresivos es estadísticamente similar a dosis equivalentes, en la elección de un antidepresivo se deben considerar globalmente otros factores ligados al fármaco y al paciente [**A**]:

1. EFICACIA DEMOSTRADA EN UN EPISODIO ANTERIOR

Como regla general el antidepresivo de elección es aquel que ya ha demostrado su eficacia en el paciente ⁽²¹⁾

2. PERFIL DE EFECTOS SECUNDARIOS Y TOXICIDAD

Los ISRS y los nuevos antidepresivos (venlafaxina, mirtazapina y reboxetina) pueden tener el mejor perfil de tolerancia y seguridad ⁽²²⁾. En general los ATC son peor tolerados y tienen un mayor riesgo de provocar toxicidad que el resto.

En relación a los ISRS, los ATC se asocian a una mayor incidencia de sedación, aumento de peso, estreñimiento, dificultad miccional, hipotensión, palpitaciones, mareo, temblor, sequedad de boca, visión borrosa y toxicidad en caso de sobredosis; por el contrario, los ISRS provocan con más frecuencia que los ATC inquietud, insomnio, náuseas, diarrea y molestias abdominales.

Los efectos secundarios de los ISRS suelen ser leves y transitorios. Los más frecuentes son de tipo digestivo (náusea en un 15-20%) seguidos de los neurológicos (cefalea y temblor). Dentro de los ISRS, la fluoxetina puede provocar con mayor frecuencia inquietud y pérdida de peso y la paroxetina y la fluvoxamina somnolencia; la larga semivida de la fluoxetina ($T_{1/2}=1-2$ semanas) puede favorecer su elección en pacientes incumplidores.

El perfil clínico favorable para la elección de la mirtazapina podría incluir síntomas como ansiedad, agitación, insomnio, disfunción sexual (es el antidepresivo menos ligado a este efecto), pérdida de peso y náusea o diarrea inducidos por ISRS o venlafaxina.

3. MECANISMO DE ACCIÓN PREDOMINANTE

Aunque es probable que todos los antidepresivos, independientemente de su mecanismo de acción, desarrollen su efecto molecular a través de una vía final común (a nivel del núcleo neuronal) se ha descrito un síndrome serotoninérgico y otro noradrenérgico que, teóricamente, podrían condicionar la elección de uno u otro antidepresivo. De este modo, habría un síndrome de déficit serotoninérgico, con síntomas como ánimo deprimido, ansiedad, crisis de pánico, fobias, obsesiones-compulsiones y bulimia; y un síndrome noradrenérgico con manifestaciones como ánimo deprimido, déficits cognitivos (a nivel de atención, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento de la información), inhibición psicomotriz, cansancio y apatía. No obstante se ha observado que la potenciación de una de estas vías estimula la otra, lo que dificulta traducir en una predicción de eficacia el mecanismo de acción de cada fármaco ⁽²²⁾

4. CARACTERÍSTICAS DEL EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL

Hay autores que apoyan una mayor eficacia de los ATC y posiblemente la venlafaxina ante una depresión mayor con síntomas melancólicos.

En el caso de una depresión mayor con síntomas atípicos o una distimia, los ISRS podrían ser preferibles a los ATC ⁽²³⁾.

Efectos secundarios como la sedación y el aumento de apetito pueden resultar útiles si el episodio cursa con agitación, insomnio y pérdida de apetito.

5. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Cuando existe un TOC o un trastorno de angustia comórbido, los ISRS y la clorimipramina pueden estar especialmente indicados. ⁽²³⁾

En caso de bulimia nerviosa comórbida, la fluoxetina podría ser de elección.

En pacientes con demencia se deben evitar los ATC por su efecto anticolinérgico. La trazodona se recomienda especialmente para tratar el insomnio en estos pacientes, pudiendo mejorar también el estado de ánimo si existe una depresión concomitante.

6. COMORBILIDAD MÉDICA Y EDAD

Los efectos anticolinérgicos de los ATC desaconsejan su uso en caso de cardiopatía, glaucoma, síndrome prostático o estreñimiento crónico ⁽²⁴⁾

En pacientes geriátricos pueden ser preferibles fármacos como los ISRS o los nuevos antidepresivos. ⁽²⁴⁾

En pacientes polimedicados y alcohólicos la venlafaxina y los ISRS podrían ser de elección debido a su menor potencial de interacciones. ⁽²⁵⁾ Dentro de éstos últimos, el citalopram (seguido de la sertralina) parece tener la menor actividad sobre el Cit P450, por lo que puede ser preferible en caso de insuficiencia hepática.

La sertralina no altera su farmacocinética en caso de insuficiencia renal.

La maprotilina y los ATC son menos aconsejables que el resto en caso de epilepsia, por su mayor capacidad para disminuir el umbral convulsivo (HALES).

Los ISRS pueden ser preferibles en caso de enfermedad de Parkinson, aunque pueden empeorar los síntomas motores. Los fármacos con efecto anticolinérgico, como los ATC, pueden mejorar los síntomas motores pero empeorar los cognitivos.

Los pacientes con TCE son más sensibles a los efectos sedantes, anticolinérgicos y epileptógenos de los fármacos, por lo que conviene evitar los ATC.

En caso de diabetes u obesidad pueden no ser aconsejables como primera elección los fármacos con mayor tendencia a provocar un aumento de peso.

No hay estudios controlados en caso de embarazo, aunque existe un amplio consenso en torno a la preferencia por los ISRS en el caso de que sea necesario tratamiento antidepressivo.

En la tabla 7 se muestran el mecanismo de acción y algunos de los efectos secundarios que pueden condicionar la elección de un antidepressivo:

Tabla 6. Tratamientos farmacológicos de los trastornos depresivos

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: ISRS	FLUVOXAMINA (75-300 mg/día) FLUOXETINA (20-80 mg/día) PAROXETINA (20-50 mg/día) SERTRALINA (50-200 mg/día) CITALOPRAM (20-80 mg/día) ESCITALOPRAM (10-20 mg/día)
Inhibidores de la recaptación y antagonistas de la serotonina: IRAS	TRAZODONA (100-600 mg/día)
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: IRSN	VENLAFAXINA (75-375 mg/día) DULOXETINA (30-60 mg/día)
Antidepressivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos: NASSA	MIRTAZAPINA (15-45 mg/día)
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (1): ATC (antidepressivos tricíclicos)	CLORIMIPRAMINA (75-250 mg/día) AMITRIPTILINA (75-300 mg/día) IMIPRAMINA (75-300 mg/día) NORTRIPTILINA (50-200 mg/día)
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (2): ACC (antidepressivos cuatricíclicos)	MAPROTILINA (75-225 mg/día) MIANSERINA (30-120 mg día)
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: IRNA	REBOXETINA (4-10 mg/día)

Tabla 7. Mecanismo de acción y efectos secundarios de los antidepresivos

	MECANISMO DE ACCION PREDOMINANTE	SEDACION	EFFECTOS ANTICOLINERGICOS	HIPOENSION ORTOSTATICA
FLUVOXAMINA	5-HT	+	-	-
FLUOXETINA	5-HT	-	-	-
PAROXETINA	5-HT	+	+ -	-
SERTRALINA	5-HT	-	-	-
CITALOPRAM	5-HT	-	-	-
TRAZODONA	5-HT	+++	+	++
VENLAFAXINA	DUAL/5-HT	+	+ -	+
DULOXETINA	DUAL			
MIRTAZAPINA	DUAL	+++	-	+
CLORIMIPRAMINA	DUAL/5-HT	+++	+++	+++
AMITRIPTILINA	DUAL	++++	+++	+++
IMIPRAMINA	DUAL	+++	++	+++
NORTRIPTILINA	DUAL/NA	++	++	+
MAPROTILINA	NA	+++	++	++
MIANSERINA	NA	+++	+	+
REBOXETINA	NA	-	+	+

7.2.2. TRATAMIENTO AGUDO DE LA DEPRESION

Una vez elegido el antidepresivo, se recomienda un aumento de la dosis, gradual para mejorar la tolerancia,⁽²³⁾ hasta alcanzar la dosis mínima terapéutica. Muchos efectos secundarios suelen aparecer al inicio del tratamiento y desaparecen progresivamente a lo largo del primer mes, lo que será importante advertir al paciente. No obstante en caso de síntomas intensos, como vómitos, cefalea y vértigo se debe valorar el cambio de fármaco. En la segunda semana de tratamiento el paciente debería estar tomando la dosis terapéutica mínima.⁽²¹⁾ Hasta el inicio del efecto antidepresivo se acepta un intervalo de latencia de 2-3 semanas.

En caso de no obtener una respuesta adecuada a las 4 semanas (esto es, una mejoría cuanto menos leve), se debe ir aumentando la dosis progresivamente hasta llegar, si es necesario, seguro y tolerado, a la dosis máxima.⁽²¹⁾ Por el contrario, si un paciente está mejorando con una dosis baja del fármaco, no se debe incrementar esta dosis a menos que la mejoría clínica se detenga antes de obtener la remisión.⁽²²⁾

En los estudios de depresión, se habla de respuesta al tratamiento cuando se alcanza al menos un 50% de mejoría en la intensidad de los síntomas (medida con escalas como la HDRS), aunque sin llegar a la remisión. No se puede hablar de falta de respuesta o resistencia hasta transcurridas 8 semanas de tratamiento y habiéndose alcanzado la dosis máxima. A nivel clínico, hablaríamos de respuesta a la 8ª semana de tratamiento cuando hubiera al menos una mejoría moderada de los síntomas.

En caso de falta de respuesta se deben seguir las pautas de tratamiento en caso de resistencia [A] ⁽²¹⁾. A nivel de atención primaria, este sería un criterio de **derivación** al especialista si no se ha hecho antes.

Un grupo de pacientes que responden al tratamiento nunca presentan remisión (se ha descrito un tipo de respuesta apática y otro tipo de respuesta ansiosa). En el caso de una depresión doble (depresión mayor sobre distimia), es probable que persista la distimia tras la resolución de la depresión mayor, lo que puede explicar muchos casos de remisión parcial interepisódica.

7.2.3. TRATAMIENTO DE CONTINUACIÓN

Un episodio depresivo mayor no tratado suele durar entre 6 y 12 meses. La mayoría de los episodios tratados duran alrededor de 3 meses. Una vez conseguida la remisión del episodio depresivo (inicio de la fase de continuación), por ejemplo 12 semanas después de iniciado el tratamiento, se debe mantener éste entre 6 y 12 meses [A], sin reducir la dosis, para evitar recaídas ⁽²³⁾. Pasado este plazo, se puede proceder a la retirada del tratamiento haciéndose de forma gradual a lo largo de 1 a 3 semanas, según la semivida del fármaco, con el fin de evitar un síndrome de discontinuación.

Cuando la depresión inicial vuelve antes de que se dé una remisión completa de los síntomas o dentro de los 6-12 meses posteriores a la remisión (2 meses según el DSM-IV) se denomina recaída (se suele tratar en este caso del mismo episodio). A nivel de atención primaria, sería éste un criterio de **derivación** al especialista si no se ha hecho antes.

7.2.4. TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

Cuando la remisión se mantiene de 6 a 12 meses se habla ya de recuperación y el paciente entra en la fase de mantenimiento. Si la depresión vuelve en esta fase de mantenimiento, es decir, una vez superada la fase de continuación, hablamos de recurrencia (a diferencia de la recaída). En caso de recurrencia debe mantenerse un tratamiento profiláctico de mantenimiento, en ocasiones durante años o incluso de forma indefinida [A]. Si la recurrencia ocurre a pesar del tratamiento de mantenimiento, se debe optimizar dosis y si es necesario seguir las pautas de tratamiento en caso de resistencia, siendo éste un criterio de **derivación** al especialista.

La siguiente tabla resume algunos de los conceptos mencionados:

Tabla 8. Fases en el tratamiento con antidepresivos

	1- FASE AGUDA	2- FASE DE CONTINUACION	3- FASE DE MANTENIMIENTO
Evolución favorable	Respuesta (tratamiento agudo)	Remisión (tratamiento de continuación)	Recuperación (retirada del tratamiento)
Complicaciones	Resistencia (tratamiento en caso de resistencia)	Recaída (se entra de nuevo en fase aguda)	Recurrencia (se entra de nuevo en fase aguda, requiere tratamiento de mantenimiento)

7.2.5. TRATAMIENTO EN CASO DE RESISTENCIA

En caso de falta de respuesta a un antidepresivo después de 8 semanas de tratamiento y habiéndose agotado el periodo de optimización de dosis, se debe revisar en primer lugar el diagnóstico y el cumplimiento del tratamiento. ⁽²¹⁾ Si se corrobora el diagnóstico y la cumplimentación se cree correcta, se pueden emplear diversas estrategias terapéuticas. Dentro de un concepto más amplio, también puede hablarse de resistencia en el caso de pacientes que han presentado respuesta a las 8 sema-

nas de tratamiento pero posteriormente no han alcanzado la remisión total de los síntomas. Las estrategias terapéuticas en caso de resistencia son las siguientes (el orden en el texto no implica un orden de preferencia) ⁽²¹⁾:

1. **SUSTITUCIÓN**: cambio por otro antidepresivo. Para mejorar la tolerancia, la sustitución se puede hacer solapadamente (por ej. retirada progresiva de 60 mg/día de citalopram mientras se aumenta gradualmente la dosis de venlafaxina hasta 75 mg/día), o inmediatamente tras la retirada (si puede ser, progresiva) del antidepresivo a sustituir. La excepción a esto la constituyen los IMAO, que requieren un tiempo de lavado para la sustitución ⁽²⁴⁾

2. **COMBINACIÓN**: adición de otro antidepresivo, generalmente con un mecanismo de acción distinto (serotoninérgico, noradrenérgico o dual). La asociación de dos antidepresivos serotoninérgicos debe hacerse con precaución por el riesgo de aparición de un síndrome serotoninérgico. Algunas combinaciones que han demostrado su utilidad o teóricamente tienen sentido figuran en la siguiente tabla:

Tabla 9. Combinaciones farmacológicas

ISRS + VENLAFAXINA
ISRS + MIRTAZAPINA
ISRS + ATC
ISRS + ACC
ISRS + REBOXETINA
VENLAFAXINA + MIRTAZAPINA
VENLAFAXINA + ATC
MIRTAZAPINA + ATC

3. **POTENCIACIÓN**: adición de otro fármaco no antidepresivo. Se puede potenciar la vía serotoninérgica con litio u oxitriptan, y la vía noradrenérgica con triyodotironina o metilfenidato. En la práctica clínica, se han usado también con este fin S-adenosilmetionina en administración intramuscular y antipsicóticos atípicos a dosis bajas, aunque su uso en estos casos es controvertido. En el caso de que existan síntomas psicóticos sí es apropiado la adición de inicio de un antipsicótico [A] y sería un criterio de derivación al especialista. ^(19, 26)

7.3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Tratamiento psicoterapéutico.

Debemos valorar su indicación sobretudo en los siguientes casos:

- Embarazo
 - Lactancia
 - Paciente pluripatológico.
 - Edad (persona joven con depresión leve)
 - Depresión reactiva a acontecimientos vitales estresantes.
 - Posibilidad real de atención por parte de salud mental en un periodo inferior a 1 mes para una primera valoración y tratamiento.
- **Entrenamiento en solución de problemas**: ha demostrado ser eficaz [A] aplicado en pacientes deprimidos. Requiere entrenamiento y una dedicación de tiempo más larga de la que habitualmente se dispone en Atención Primaria. Se puede llevar a cabo en grupo.
 - **Terapia cognitivo-conductual**: Es una forma específica de terapia psicológica que utiliza técnicas cognitivas y conductuales. Se aplica en sesiones semanales y tiene una duración de entre

12 y 18 semanas por término medio. Ha demostrado ser al menos tan eficaz como el tratamiento farmacológico en depresiones leves a moderadas [A]. Puede combinarse con el tratamiento farmacológico.

- **Terapia interpersonal:** Es una forma específica de terapia psicológica centrada en los problemas actuales del paciente conectados con el episodio depresivo. Dura de 12 a 20 sesiones semanales. Cuenta con apoyo empírico comparable al de la terapia cognitiva. Consultar disponibilidad y espera media.
- **Terapia de apoyo o consejo:** Puede ser valioso como apoyo en circunstancias sociales complejas. No obstante, no existe aún evidencia científica que mida su eficacia.⁽¹⁵⁾

7.4. INTERVENCIÓN SOCIAL

En caso de que se detecte por cualquier profesional que intervenga en el proceso de atención a estas personas, algún factor de riesgo social se debe explicar al paciente la posible repercusión en su estado de salud y la conveniencia de derivación al Trabajador Social de referencia. La actuación del trabajador social estará coordinada con los profesionales sanitarios que intervengan en la atención y consistirá en:

a) Estudio y valoración social completa que incluirá al menos:

Exploración de la esfera personal (autoestima, proyecto vital, habilidades personales...); familiar (tipo de relaciones, posible violencia doméstica, disponibilidad para implicarles en el proceso terapéutico); social (laboral/ económica, relaciones de apoyo, actividades sociales, ocio, habilidades sociales); exploración sobre acontecimientos vitales estresantes, etc.

b) Diagnóstico social, como **aportación al diagnóstico global** y al plan general de tratamiento.

c) Tratamiento social individual-familiar. Lo definimos como el proceso terapéutico que ayuda a personas y/o familias que se encuentran en situación de conflicto que está afectando a su salud, a que desarrollen sus capacidades personales y sociales. El abordaje de los problemas sociales es una exigencia básica para dar una atención integral en la salud. Las personas verbalizan los acontecimientos vitales que están ocasionando su conflicto, estableciéndose mediante una escucha activa el principio para su resolución. El apoyo emocional puede ir acompañado de información, orientación, asesoramiento y gestión de recursos sociales.

d) Atención social a nivel grupal. Lo definimos como un proceso educativo dirigido a grupos de riesgo (cuidadoras/res, mujeres en el climaterio, etc.), basado en técnicas grupales, con el objetivo de facilitar el análisis y toma de conciencia del origen del malestar y el desarrollo de capacidades para afrontar la situación problema.⁽¹⁷⁾

7.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La intervención activa consiste en:

- detección de la depresión en pacientes con enfermedades crónicas, inmovilizados y ancianos
- detección de la depresión posparto en la visita puerperal que se realiza de forma protocolizada en las unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica del SMS⁽²⁷⁾
- comprobar si el paciente está siguiendo las pautas adecuadas de tratamiento
- informarle sobre posibles efectos secundarios de la medicación

Su finalidad es lograr una mayor adherencia a los tratamientos farmacológicos y a los profesionales que lo tratan.

Dos sesiones breves de asesoramiento proporcionadas por un profesional de enfermería de atención primaria pueden reducir considerablemente las tasa de interrupción del tratamiento en doce semanas⁽²⁸⁾

Enfermería trabaja con los Diagnósticos de la NANDA sobre la alteración de los Patrones Funcionales de Salud:

1. Patrón de Percepción y Control de la Salud
2. Patrón Nutricional y Metabólico
3. Patrón de Eliminación
4. Patrón de Actividad y Ejercicio
5. Patrón de Reposo y Sueño
6. Patrón Cognoscitivo y Perceptual
7. Patrón de Auto percepción y Autoconcepto
8. Patrón de Función y Relación
9. Patrón de Sexualidad y Reproducción
10. Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés
11. Patrón de Valores y Creencias

Con estos usuarios se puede trabajar ofreciendo asesoramiento sobre cuidados de salud con educación respecto a los patrones anteriormente descritos.

8. PRONÓSTICO

Un episodio no tratado suele durar entre 6 y 12 meses, mientras que la mayoría de los episodios tratados duran alrededor de 3 meses. Los episodios remiten completamente en dos terceras partes de los casos, mientras que lo hacen sólo parcialmente en un tercio de los casos (especialmente si vienen precedidos de un trastorno distímico). A medida que aumenta el número de episodios, éstos tienden a ser más frecuentes y prolongados. En un periodo de 20 años, la cantidad media de episodios es de unos cinco. Se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un primer episodio tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto.

9. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Se deben derivar al especialista los siguientes cuadros clínicos:

- Incertidumbre diagnóstica o terapéutica.
- Gravedad del episodio (especialmente ideación autolítica estructurada o síntomas melancólicos, catatónicos o psicóticos).
- Depresión bipolar
- Revisión tras ingreso psiquiátrico.
- Resistencia al tratamiento.
- Recaída.
- Recurrencia a pesar del tratamiento de mantenimiento.
- Indicación de Tratamiento psicológico

10. RECURSOS NECESARIOS

Equidad en la distribución de recursos a nivel regional tanto para Salud Mental como para Atención Primaria.

Comunicación telefónica fluida mediante la habilitación de una línea directa entre Salud Mental y Atención Primaria.

Compatibilidad entre los sistemas informáticos de Salud Mental y Atención Primaria.

Financiación de la formación continuada y de reciclaje continuo de todo el personal implicado en el proceso.

Tiempo mínimo de 15 minutos por paciente de manera que seamos capaces de realizar una detección precoz y una anamnesis adecuada en caso de detección.

11. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La base de la atención clínica al paciente afecto de depresión se basa en la continuidad y coherencia en esta atención. Tal y como está diseñada en la actualidad la organización de la atención sanitaria, el primer contacto – consulta de los pacientes se realiza en atención primaria. Son los profesionales de este nivel los encargados de realizar la detección precoz, la orientación diagnóstica, la valoración del tratamiento e incluso la valoración de la derivación a salud mental ajustándose a los criterios de esta guía o a otras donde se haya revisado la evidencia.

Una vez remitido el paciente a salud mental, serán estos profesionales los que determinen la actuación a seguir, dentro del marco de cooperación con Atención Primaria.

En este proceso continuo de atención debemos ser especialmente cuidadosos unos y otros en trabajar y hacer posible la coordinación – cooperación a través de los mecanismos consensuados en cada área entre los centros de atención primaria y salud mental.

Para ello se precisa la planificación de sesiones clínicas conjuntas y otras actividades de cooperación tal y como se refleja en el documento “Relaciones Atención Primaria- Salud Mental: Hacia un modelo de cooperación” elaborado por la Comisión Mixta Atención Primaria- Salud Mental.

12. SISTEMA DE REGISTRO

- Historia clínica tanto de papel como la informatizada. En el caso de la informatizada los códigos CIAP asociados al diagnóstico de depresión son el CIAP P76
- Sistema de registro de Salud Mental RACP
- Hojas de interconsulta

13. EVALUACIÓN

Indicadores:

Accesibilidad

- Nº de pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en un año/ prevalencia estimada
- Nº pacientes nuevos atendidos en un año comparada con la incidencia (estudios epidemiológicos)

De proceso

- % de pacientes con diagnóstico de depresión y derivados al trabajador social en un año/ total de pacientes con depresión atendidos en las consultas de Medicina de Familia en un año
- % de pacientes derivados a salud mental según los criterios de derivación en un año/ total de los derivados con diagnóstico de depresión
- % de pacientes con diagnóstico de depresión leve y moderada dados de alta en salud mental seguidos por su médico en 1 año.

Periodicidad

- Anual

Quién hace la evaluación

- Mixta: Centro de Salud Mental y Equipos Atención Primaria de referencia

14. BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Organización Mundial de la Salud": http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- (2) Álvarez E, Gastó C. *Sintomatología depresiva en atención primaria*. Barcelona: Editorial Médica, 2003
- (3) López Ibor JJ, Alamo C. *Quince años de asistencia a la depresión en España*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá de Henares, 1998.
- (4) Haro J M, Palacina, C, Vilagut G, e.a. y el Grupo ESEMeD-España. *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España*. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51
- (5) *Guía de actuación en Atención Primaria*. 2ª Ed. SEMFYC (2002).
- (6) APA. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 2002.
- (7) Holmes TS, Rahe RH. *The social readjustment rating scale*. J Psychosom Res 1976;11:213-8.
- (8) Seligman ME, *Indefensión*. Editorial Debate, Madrid, 1981.
- (9) Beck A., Rush J., Shaw B. y Emery G.. *Terapia cognitiva de la Depresión*. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1979
- (10) Gelder M, Gath D, Mayou R. *Oxford Textbook of Psychiatry*. 3ª ed. Oxford: University Press, 1993.
- (11) Organización Mundial de la Salud. *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor; 1992
- (12) Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. *Trastornos del humor*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999.
- (13) Pichot P. *Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves*. Aula Médica: Madrid; 2005.
- (14) U.S. Preventive Task Force. *Screening for depression: Recommendations and rationale*. Ann Int Med 2002; 136: 760-764
- (15) Centre for Evidence Based Mental Health. *A systematic guide for the management of depression in Primary Care*. Centre for Evidence Based Mental Health. Oxford. 1998.
- (16) García Campayo, J y Lou Arnal, S: *Detección de los transtornos depresivos en Atención Primaria*. Revista "Claves en salud mental"
- (17) Gómez Lavin, C y Zapata García, R: "*Psiquiatría, salud mental y trabajo social*". Ed. Eunate 2000
- (18) Grupo de trabajo de depresión de la SemFYC: *Depresión*. Barcelona 2001
- (19) American Psychiatric Association. *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Trastorno depresivo mayor*. 2ª Ed. Compendio 2003. Ars Médica. Barcelona
- (20) Rutz W. Von Knorring L and Malinder J. *Long term effects of an educational program for general practitioners given by the swedish committee for the Prevention and treatment of depression*. Acta Psychiatr. Scand. 1992, 85 (1) : 83-88
- (21) Comité de Consenso de Cataluña en Terapéutica de los Trastornos Mentales. *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
- (22) Sadock BJ, Sadock VA. *Sinopsis de psiquiatría*. 9ª ed. Madrid: Waverly Hispánica; 2004.
- (23) American Psychiatric Association. *Psychiatric Self-Assessment & Review. Trastornos del estado de ánimo*. Barcelona: Medical Trends; 2001.
- (24) Hales RE, Yudofsky SC. *Tratado de psiquiatría clínica*. 4 ed. Barcelona: Masson; 2004.
- (25) Vázquez - Barquero JL. editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998.
- (26) Ellis, PM & Smith, DA *Treating depression: the beyond blue guidelines for treating depression in primary care*. MJA 2002 (176) 77-83.
- (27) Farirchild MW."Women with posrpartum psychiatric illness: a professionally facilitated support group 1995. Hawoth press.
- (28) Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C. *Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial*. BMJ. 2000 Jan 29;320(7230):311

15. BIBLIOGRAFÍA PRÁCTICA / DIRECCIONES DE INTERÉS

Escalas y/o información sobre escalas de depresión para primaria

- JJ Williams et al. Is this patient clinically depressed? JAMA 2002; 287: 1160-1170 puede obtenerse en: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b99s-6.html> ("**Descubriendo la depresión en atención primaria**" junto con una descripción de test utilizados en primaria para detectar la depresión y direcciones para acceder a ellos en inglés).
 - Sánchez Pérez, J. A. y López Cárdenas, A..Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. (se pueden imprimir las escalas en pdf en la siguiente dirección: http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL3_2005.pdf)
 - La Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) tiene en su página web escalas de depresión autoaplicadas que pueden calcular la puntuación en línea. Por ejemplo la escala de Zung:
<http://www.semergen.es/semergen2/cda/documentos/calculadoras/aycalc.htm>

Guías clínicas accesibles en castellano

- **Depresión:** 06/03/2006 - Guías Clínicas 2006; 6 (11).
<http://www.fisterra.com/guias2/depresion.asp>
- **El paciente suicida:** 17/10/2005 - Guías Clínicas 2005; 5 (39):
<http://www.fisterra.com/guias2/suicida.asp>
- **Trastorno bipolar:** 23/1/2006 - Guías Clínicas 2006; 6 (3).
<http://www.fisterra.com/guias2/bipolar.asp>
- **Duelo:** 4/8/2004 - Guías Clínicas 2004; 4 (40). <http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp>
- **Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad.** (Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría)
<http://www.segg.es/segg/pdf/socios/guiasRecomendaciones/guiaDepresionAnsiedad.pdf>

ANEXOS

ANEXO I: ESCALA DE ESTRÉS PSICOSOCIAL (HOLMES Y RAHE)

1	Muerte del cónyuge	100
2	Separación o divorcio	70
3	Proceso judicial o problemas legales graves pudiendo terminar en encarcelamiento	68
4	Muerte de un familiar cercano	65
5	Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	55
6	Contratar matrimonio	50
7	Quedarse sin trabajo	47
8	Retiro laboral	45
9	Reconciliación con el cónyuge	45
10	Enfermedad de un miembro de la familia o mejoría marcada de una enfermedad crónica en un miembro de la familia	44
11	Rotura de un noviazgo o relación similar	42
12	Embarazo	40
13	Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39
14	Muerte de un amigo	38
15	Cambio brusco de las finanzas familiares (en más o en menos)	38
16	Reajuste en la empresa o conflictividad laboral en la empresa en que trabaja	38
17	Cambio en el tipo de actividad laboral	38
18	Empréstito o hipoteca de más de seis mil euros	38
19	La esposa se queda embarazada	35
20	Cambio radical (en más o en menos) en el número de disputas familiares	35
21	Enamorarse o iniciar una nueva amistad íntima y profunda	34
22	El marido o la esposa pierde su empleo	33
23	Mudanza	32
24	Cambio de lugar de trabajo	31
25	Accidente o situación de violencia física	30
26	Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar	30
27	La esposa comienza a dejar de trabajar fuera de casa	29
28	Peleas o desacuerdos con vecinos o familiares no residentes en la casa familiar (o desaparición de un estado de conflictividad habitual)	28
29	Éxito personal de gran envergadura	28
30	Exámenes	27
31	Promoción en el trabajo	27
32	Peleas o desacuerdos con colegas y compañeros de trabajo (o desaparición de un estado de conflictividad habitual)	26
33	Reformas en la casa (importantes)	25
34	Deterioro notable de la vivienda o del vecindario	25
35	Cambio en las costumbres personales (de salir, vestir, de estilo de vida, etc.)	24
36	Cambio importante en las horas o condiciones de trabajo	23
37	Cambio en las opiniones religiosas	22
38	Cambio en las opiniones políticas	22
39	Modificaciones en la vida social (en más o en menos) aparte de los posibles cambios en las costumbres o hábitos personales	20
40	Cambio en la manera o duración del sueño	18
41	Cambio en la frecuencia de reuniones familiares	17
42	Cambio en las costumbres alimenticias o apetito	16
43	Vacaciones fuera de casa	15
44	Fiestas de Navidad y Reyes o su equivalente	13
45	Problemas legales menores (incluyendo sanciones de tráfico)	11

- Seleccione cada uno de los factores estresantes en el último año, súmelos y medirá su nivel.
- Un puntaje mayor a 300 puntos aumenta el riesgo de padecer enfermedades por estrés mientras que uno menor de 150 significa menor probabilidad de contraerlas. Esto es algo predisponente pero no determinante.

Usted podría agregar algún factor, no consignado en esta escala, y que considere que lo haya vivido como estresante y equiparlo en puntaje a alguna de las otras situaciones señaladas

ANEXO II: RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA

Las habilidades que se han demostrado más importante y eficaces son:

- Mantener el contacto visual con el paciente
- Actitud empática
- Empleo de preguntas abiertas
- Escucha activa
- Ritmo sosegado
- Clarificar el motivo de consulta
- No excesiva preocupación por tomar notas
- Estar alerta a las claves sutiles de malestar psicológico
- Estilo negociador
- Estar atento al lenguaje no verbal (expresión facial, corporal, ...)
 - Apertura a lo social: Para ello se recomienda comenzar realizando preguntas sencillas del tipo:
 - ¿cómo van las cosas en casa, en el trabajo?
 - ¿hay alguna cosa que le preocupe?
 - ¿ha vivido alguna situación difícil o conflictiva?

ANEXO III:
ESCALAS PARA VALORAR LA DEPRESIÓN

CES-D

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión

DESCRIPCION	Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general - Se centra en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático. - Instrumento de screening - 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta (se puntúan de 0 a 3)
Aplicación	autoadministrada
Rango	de 0 – 60 puntos
Punto de corte	≥ 16
Consistencia interna	en muestras poblacionales: 0,85, en muestras clínicas:: 0,90
Fiabilidad	test-retest, con intervalos entre 2 y 8 semanas 0,51-0,67
Validez	correlación (r) de 0,89 con el Inventario de Depresión de Beck y de 0,69 con la Escala de Depresión de Hamilton
Validez predictiva	en muestras poblacionales: sensibilidad = 60 % y especificidad = 83, en muestras clínicas sensibilidad de 79,5 % y especificidad de 71.1 %.
BIBLIOGRAFIA	Original: Radloff JS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977; 1: 385-401. Validación: Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Figueres M, Alvarez E. Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1997; 25: 243-249. Documentación: Radloff LS, Locke Z. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). En: American Psychiatric Association. Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. American Psychiatric Association. Washington DC, 2000. p: 523-526.

CES-D

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión

Nombre Fecha

A continuación leerá una serie de frases. Conteste con qué frecuencia le sucede o si eso le ha estado pasando durante la última semana, haciendo una cruz en el círculo correspondiente (desde “Raramente o nunca” hasta “Mucho o siempre” o desde “Menos de un día” hasta “Entre 5-7 días”)

	Raramente o nunca	Algo o poco	A veces o bastante	Mucho o siempre
	Menos de un día	Entre1-2 días	Entre 3-4 días	Entre 5-7 días
1.- Me he enfadado por cosas que habitualmente no me molestan	☐	☐	☐	☐
2.- No he tenido ganas de comer, mi apetito era malo	☐	☐	☐	☐
3.- He sentido que no me podía liberar de la tristeza ni con la ayuda de familiares o amigos	☐	☐	☐	☐
4.- Sentía que era tan bueno como cualquier persona ...	☐	☐	☐	☐
5.- Me ha costado trabajo concentrarme en lo que hacía	☐	☐	☐	☐
6.- Me he sentido pesimista	☐	☐	☐	☐
7.- Me ha costado un esfuerzo hacer cualquier cosa.....	☐	☐	☐	☐
8.- Me he sentido ilusionado por mi destino	☐	☐	☐	☐
9.- He pensado que mi vida había sido un fracaso	☐	☐	☐	☐
10.- Me he sentido asustado	☐	☐	☐	☐
11.- Mi sueño ha sido inquieto	☐	☐	☐	☐
12.- Estuve contento	☐	☐	☐	☐
13.- Hablaba menos de lo habitual	☐	☐	☐	☐
14.- Me he sentido muy solo	☐	☐	☐	☐
15.- La gente era poco amistosa	☐	☐	☐	☐
16.- He disfrutado de la vida	☐	☐	☐	☐
17.- He llorado a ratos	☐	☐	☐	☐
18.- Me he sentido triste	☐	☐	☐	☐
19.- He sentido que la gente me tenía antipatía	☐	☐	☐	☐
20.- No me podía poner en marcha	☐	☐	☐	☐

III-2: SDS de ZUNG

Escala Autoaplicada de Depresión de Zung

DESCRIPCION	Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica, derivada de la escala de depresión de Hamilton, al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.
Aplicación	Autoadministrada
INTERPRETACION	La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100
Rango	de 20 – 80 puntos; (en puntuación normalizada entre 20 y 100)
Punto de corte	No depresión < 28 (< 35 puntos) Depresión leve 28-41 (36-51 puntos) Depresión moderada 42-53 (52-67 puntos) Depresión grave > 53 (> 68 puntos)
Consistencia interna	índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92
Fiabilidad	índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades
Validez	Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80
Validez predictiva	Aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general
BIBLIOGRAFIA	Original: Zung WW. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63-70. Validación: - Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 1970; 33: 185-206. - Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 1970; 33: 281-303. Documentación: - Conde V, Esteban T, Useros E. Evaluación crítica de la SDS (Self-rating Depression Scale) de Zung: experiencia propia y revisión de la literatura. Rev Psicol Gen Aplic 1976; 43: 842-857. - Lopez VC, Esteban T. Validez de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. Arch Neurobiol 1975; 38: 225-246.

SDS

Escala Autoaplicada de Depresión de Zung

Nombre Fecha

A continuación leerá una serie de frases. Conteste con qué frecuencia le sucede, haciendo una cruz en el círculo correspondiente (desde “Nunca o muy pocas veces” hasta “La mayoría del tiempo o siempre”)

	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuen- temente	La mayoría del tiempo o siempre
1.- Me siento abatido y melancólico.....	☐	☐	☐	☐
2.- En la mañana es cuando me siento mejor.....	☐	☐	☐	☐
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.....	☐	☐	☐	☐
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche.....	☐	☐	☐	☐
5.- Como igual que antes.....	☐	☐	☐	☐
6.- Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.....	☐	☐	☐	☐
7.- Noto que estoy perdiendo peso.....	☐	☐	☐	☐
8.- Tengo molestias de estreñimiento.....	☐	☐	☐	☐
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre.....	☐	☐	☐	☐
10.- Me canso aunque no haga nada.....	☐	☐	☐	☐
11.- Tengo la mente tan clara como antes.....	☐	☐	☐	☐
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.....	☐	☐	☐	☐
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	☐	☐	☐	☐
14.- Tengo esperanza en el futuro.....	☐	☐	☐	☐
15.- Estoy más irritable de lo usual.....	☐	☐	☐	☐
16.- Me resulta fácil tomar decisiones.....	☐	☐	☐	☐
17.- Siento que soy útil y necesario.....	☐	☐	☐	☐
18.- Mi vida tiene bastante interés.....	☐	☐	☐	☐
19.- Siento que los demás estarían mejor si yo muriera....	☐	☐	☐	☐
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.....	☐	☐	☐	☐

III-3: *EADG*

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

DESCRIPCION	Entrevista corta para ser utilizada por médicos como instrumento de cribaje que consiste en dos escalas de 9 ítems (ansiedad y depresión) de respuesta dicotómica (Si / No);
Aplicación	Hetero-administrada - Se pregunta al paciente si ha presentado <i>en las últimas dos semanas</i> alguno de los síntomas referidos en los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. - Puede ser aplicado por personal no médico, sin precisar estandarización.
INTERPRETACION	Cada subescala se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión)
Rango/ punto de corte	≥ 4 para la escala de ansiedad , y ≥ 2 para la de depresión
Validez predictiva Por subescalas: Depresión Ansiedad	Sensibilidad :83 %; especificidad:82 %, elevando de los puntos de corte a ≥ 5 y ≥ 3: - alta sensibilidad para captar trastornos depresivos (85.7 %), algo baja para los trastornos de ansiedad (66 %). - sensibilidad menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (detecta un 42 % de los trastornos depresivos).
BIBLIOGRAFIA	Original: Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97: 897-899. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53. Validación: Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349. Documentación: Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán, 1993.

EADG

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Nombre Fecha

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	SI	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	☐	☐
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	☐	☐
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	☐	☐
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	☐	☐
<i>(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</i>		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	☐	☐
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	☐	☐
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)	☐	☐
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	☐	☐
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	☐	☐

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	☐	☐
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	☐	☐
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	☐	☐
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	☐	☐
<i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)</i>		
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?	☐	☐

III-4: GDS-30

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

DESCRIPCION	Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos								
Aplicación	Auto-administrado (admite su aplicación heteroadministrada: leyendo las preguntas y pidiendo que la respuesta no sea meditada (no realizar interpretaciones sobre ningún ítem, incluso si el paciente pregunta el significado)								
INTERPRETACION	Aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano								
Rango/ Punto de corte	<table> <tr> <td>0 – 30 puntos</td><td></td></tr> <tr> <td>No depresión</td><td>0-9 puntos</td></tr> <tr> <td>Depresión moderada</td><td>10-19 puntos</td></tr> <tr> <td>Depresión severa</td><td>20-30 puntos</td></tr> </table>	0 – 30 puntos		No depresión	0-9 puntos	Depresión moderada	10-19 puntos	Depresión severa	20-30 puntos
0 – 30 puntos									
No depresión	0-9 puntos								
Depresión moderada	10-19 puntos								
Depresión severa	20-30 puntos								
Consistencia interna	Elevada								
Validez	Elevados índices de correlación con escalas de Zung y Hamilton								
Validez predictiva	Sensibilidad 84 %, Especificidad 95 %, para un punto de corte ≥ 15 ; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte ≥ 11								
BIBLIOGRAFIA	Original: Brink TL, Yesavage JA, Lum O et al. Screening tests for geriatric depression. Clin Gerontol 1982; 1: 37-43. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL eds. Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press, 1986, p 165. Validación: Ramos JA, Montejo I, Lafuente R et al. Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. Actas Luso Españolas Neurol Psiquiatr 1991; 19: 174-177. Salamero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. Acta Psychiatr Scan 1992; 86: 283-286. Aguado C, Martínez J, Onís MC et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. Aten Primaria 2000; 26 (supl 1): 328. Documentación: Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res 1983; 17: 37-49. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL eds. Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press, 1986; p165-173 165. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. Int Psychogeriatr 1996; 8: 103-112.								

GDS-30

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Nombre Fecha

Seleccionar para cada ítem la puntuación que mejor defina las características del paciente.

	SI	NO
1.- ¿Está usted satisfecho con su vida?	☐	☐
2.- ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?	☐	☐
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	☐	☐
4.- ¿Se siente usted frecuentemente aburrido?	☐	☐
5.- ¿Tiene usted mucha fe en el futuro?	☐	☐
6.- ¿Tiene pensamientos que le molestan y no puede sacar de su cabeza?	☐	☐
7.- ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	☐	☐
8.- ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	☐	☐
9.- ¿Se siente usted feliz la mayoría del tiempo?	☐	☐
10.- ¿Se siente usted a menudo impotente, abandonado?	☐	☐
11.- ¿Se siente a menudo intranquilo?	☐	☐
12.- ¿prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir y hacer cosas?	☐	☐
13.- ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?	☐	☐
14.- ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	☐	☐
15.- ¿Cree que es maravilloso vivir?	☐	☐
16.- ¿Se siente usted a menudo triste?	☐	☐
17.- ¿Se siente usted inútil?	☐	☐
18.- ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	☐	☐
19.- ¿Cree que la vida es muy interesante?	☐	☐
20.- ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?	☐	☐
21.- ¿Se siente lleno de energía?	☐	☐
22.- ¿Se siente usted sin esperanza?	☐	☐
23.- ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?	☐	☐
24.- ¿Se pone usted muy nervioso por pequeñas cosas?	☐	☐
25.- ¿Siente a menudo ganas de llorar?	☐	☐
26.- ¿Es difícil para usted concentrarse?	☐	☐
27.- ¿Está contento de levantarse por la mañana?	☐	☐
28.- ¿Prefiere evitar grupos de gente?	☐	☐
29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	☐	☐
30.- ¿Está su mente tan clara como antes?	☐	☐

III-5:HRSD

Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton

DESCRIPCION	La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. Su contenido se centra en aspectos somáticos y comportamentales de la depresión. Los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad son los que más peso tienen en el cómputo total. Se han identificado distintos índices: - Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales). - Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática). - Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).												
Aplicación	Heteroaplicada												
INTERPRETACION	Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos o de 0 a 4, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem.												
Rango/ punto de corte	0 – 52 puntos <table> <tr> <td>Vázquez C. (1995)</td> <td>Bech P. (1996)</td> </tr> <tr> <td>0-6 Sin Depresión</td> <td>0-7 Sin Depresión</td> </tr> <tr> <td>7-17 Depresión ligera</td> <td>8-12 Depresión menor</td> </tr> <tr> <td>18-24 Depresión moderada</td> <td>13-17 Menos que Depresión mayor</td> </tr> <tr> <td>25-52 Depresión grave</td> <td>18-29 Depresión mayor</td> </tr> <tr> <td></td> <td>30-52 Más que Depresión mayor</td> </tr> </table> - Índice de melancolía: Bech P. propone los puntos de corte: 0 – 3: No depresión 4 – 8: Depresión menor ≥ 9: Depresión mayor - Índice “ansiedad / somatización”: ≥ 7.	Vázquez C. (1995)	Bech P. (1996)	0-6 Sin Depresión	0-7 Sin Depresión	7-17 Depresión ligera	8-12 Depresión menor	18-24 Depresión moderada	13-17 Menos que Depresión mayor	25-52 Depresión grave	18-29 Depresión mayor		30-52 Más que Depresión mayor
Vázquez C. (1995)	Bech P. (1996)												
0-6 Sin Depresión	0-7 Sin Depresión												
7-17 Depresión ligera	8-12 Depresión menor												
18-24 Depresión moderada	13-17 Menos que Depresión mayor												
25-52 Depresión grave	18-29 Depresión mayor												
	30-52 Más que Depresión mayor												
Consistencia interna	Alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92												
Validez	Correlación con otros instrumentos de valoración global de a depresión, entre 0,8 y 0,9 Validez menor en pacientes de edad avanzada por el elevado peso de los síntomas somáticos												

Validez predictiva	Sensibilidad 84 %, Especificidad 95 %, para un punto de corte ≥ 15 ; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte ≥ 11
BIBLIOGRAFIA	Original: Hamilton M. Rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol 1967; 6: 278-296. Validación: Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984. Ramos-Brieva JA, Cordero A. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986; 14: 324-334. Ramos-Brieva JA, Cordero A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res 1988; 22: 21-28. Documentación: Paykel ES. Use of the Hamilton Depression Scale in general practice. In: Bech P, Coppen A eds. The Hamilton Scales. New York: Springer 1990; p 40-77. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life: a compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. New York: Springer-Verlag 1993; p 71-77. Vázquez C, Jiménez F. Depresión y manía. En: Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (eds). Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson S.A. 2000; p 263-265, 297-300. American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (HRSD)

Nombre Fecha

1.- Estado de ánimo deprimido

(Tristeza, llanto, retraimiento, melancólico, contenidos depresivos del pensamiento y pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.)

0. Ausente

1. Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso de su estado de ánimo.

2. Moderado: llanto ocasional; apatía; pesimismo; desmotivación.

3. Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.

4. Extremo: llanto muy frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

2.- Sentimientos de culpa

0. Ausente

1. Ligero: auto reproches; teme haber decepcionado a la gente.

2. Moderado: ideas de culpabilidad; sentimientos de ser mala persona, de no merecer atención.

3. Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece los sufrimientos que padece.

4. Extremo: ideas delirantes de culpa, con o sin alucinaciones acusatorias.

3. Suicidio.

0. Ausente.

1. Ligero: la vida no vale la pena de ser vivida.

2. Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse.

3. Intenso: ideas o amenazas suicidas.

4. Extremo: serio intento de suicidio.

4.- Insomnio inicial.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (menos de tres noches por semana).

2. Frecuente: tarda en dormir más de una hora (tres o más noches seguidas por semana).

5.- Insomnio medio.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta, tarda casi una hora en dormirse de nuevo (menos de tres noches por semana)

2. Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse, debe puntuar 2 (tres o más noches seguidas por semana).

6.- Insomnio tardío.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: se despierta antes de lo habitual (menos de dos horas antes; menos de tres días por semana).

2. Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual (tres o más días seguidos por semana).

7. Trabajo y actividades.

0. Ausente.

1. Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distinguir de la fatiga o pérdida de energía, que se puntúan en otro apartado

2. Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (sí el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3. Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad.

4. Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa gran estímulo para ello

8.- Inhibición

(Lentitud de pensamiento y del lenguaje; peor capacidad de concentración; disminución de la actividad motora).

0. Ausente.

1. Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2. Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar a las preguntas).

3. Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos y al caminar.

4. Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9.- Agitación.

0. Ausente.

1. Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.

2. Moderada: se mueve durante la entrevista; se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas, las manos.

3. Intensa: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4. Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10.- Ansiedad psíquica.

Aquí se incluyen muchos síntomas, tales como: tensión, incapacidad para relajarse o concentrarse, irritabilidad, preocupaciones sobre trivialidades (que no son rumiaciones depresivas), fobias, crisis de ansiedad, etc.

0. Ausente

1. Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.

2. Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3. Intensa: actitud aprensiva evidente en la expresión y el lenguaje.

4. Extrema: crisis de ansiedad observadas; la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea verbal o no verbal.

11.- Ansiedad somática

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:

gastrointestinales (pesadez de estómago, retortijones, diarrea, boca seca, flatulencia, diarrea, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, desmayos, sofocos, dolor o malestar precordial); respiratorios (hiperventilación, suspiros, ahogos, dificultad para respirar); aumento de la frecuencia urinaria; sudoración; tensión muscular, temblores, tinnitus; vértigos; visión borrosa; etc.

0. Ausente.

1. Ligero: un solo síntoma o un síntoma dudoso, o varios síntomas de un mismo sistema.

2. Moderada: varios síntomas de distintos sistemas

3. Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4. Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.

0. Ausente.

1. Ligero: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2. Intenso: pérdida de apetito y no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos generales.

0. Ausente.

1. Ligero: fatigabilidad, pérdida de energía; pesadez en extremidades,

espalda o cabeza; dorsalgias, cefalea, algias musculares.

2. Intenso: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente se clasifica en 2.

14.- Síntomas genitales

Pese a su dificultad, su evaluación debe intentarse siempre. Tomar nota de los cambios asociados claramente con la enfermedad.

0. Ausente o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1. Ligero: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2. Intenso: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15.- Hipocondría.

Valorar el síntoma que aparece o aumenta asociado a la depresión.

0. Ausente.

1. Ligero: alguna preocupación por las funciones corporales y por síntomas orgánicos.

2. Moderada: muy preocupado y atento a síntomas orgánicos; piensa que tiene una enfermedad orgánica.

3. Intensa: fuerte convicción de padecer un trastorno orgánico que, para el paciente, justifica su situación actual (puede ceder temporalmente a la argumentación lógica); solicitud constante de ayudas, exploraciones, etc.

4. Extrema: ideas delirantes hipocondríacas.

16.- Pérdida de introspección.

0. Ausente: se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1. Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2. Intensa: niega que esté enfermo.

17.- Pérdida de peso

En evaluaciones sucesivas, restar a la puntuación inicial 1 si gana 500 grs./semana y 2 si gana 1 Kg /semana).

0. Ausente

1. Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 grs. /semana o 2.5 Kg/año (sin dieta)

2. Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior al Kg/semana o 4,5 Kg/año (sin dieta)

ANEXO IV: CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Cuestionario APGAR familiar			
	Nunca	A veces	Siempre
¿Está satisfecha de la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discute con su pareja los problemas que tiene en el hogar?			
¿Las decisiones importantes las toman en conjunto?			
¿Está satisfecha con el tiempo que permanecen juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

Puntuación:

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2.

0 = Nunca; 1 = A veces; 2 = Siempre

- Igual o superior a 7: familia normofuncionante.
- Entre 4 y 6: Disfunción familiar leve
- Igual o inferior a 3: Disfunción familiar grave

ANEXO V: EQUIVALENCIA ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS CIE 10 Y DSM-IV TR OBJETO DE ESTA GUÍA

Código	CIE 10	DSM-IV TR
F32.00	Episodio depresivo leve sin síndrome somático	Trastorno depresivo mayor, Episodio único leve, sin síntomas melancólicos
F32.01	Episodio depresivo leve con síndrome somático	Trastorno depresivo mayor, Episodio único leve, con síntomas melancólicos
F32.10	Episodio depresivo moderado sin síndrome somático	Trastorno depresivo mayor, Episodio único moderado, sin síntomas melancólicos
F32.11	Episodio depresivo moderado con síndrome somático	Trastorno depresivo mayor, Episodio único moderado, con síntomas melancólicos
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Trastorno depresivo mayor, Episodio único grave, sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	Trastorno depresivo mayor, Episodio único grave, con síntomas psicóticos
F33.00	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve, sin síndrome somático	Trastorno depresivo mayor recidivante, leve, sin síntomas melancólicos
F33.01	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve, con síndrome somático	Trastorno depresivo mayor recidivante, leve, con síntomas melancólicos
F33.10	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, sin síndrome somático	Trastorno depresivo mayor recidivante, moderado, sin síntomas melancólicos
F33.11	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, con síndrome somático	Trastorno depresivo mayor recidivante, moderado, con síntomas melancólicos
F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin síntomas psicóticos	Trastorno depresivo mayor recidivante, grave, sin síntomas psicóticos
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, con síntomas psicóticos	Trastorno depresivo mayor recidivante, grave, con síntomas psicóticos
F33.4	Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión	Trastorno depresivo mayor recidivante, actualmente en remisión
F34.1	Distimia	Trastorno distímico

RESUMEN DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS AFECTIVOS: DSM IV	EQUIVALENCIA CON LOS DIAGNÓSTICOS CIE 10	
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: a) Estado de ánimo depresivo; b) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.	F32 EPISODIO DEPRESIVO Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: a) Estado de ánimo depresivo; b) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.	Observaciones En todos los casos: - la mayor parte del día, casi cada día - según refiere el propio sujeto u observan los demás 3.p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes(En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperable) 7. No los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo 9. No sólo temor a la muerte
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE	F33 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	Observaciones Tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios de episodio depresivo mayor. No aplicable si episodios similares a manía, mixtos o hipomanía son inducidos por sustancias, tratamientos, o debidos a enfermedad médica
A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. B. Los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.		

TRASTORNO DISTÍMICO (DSM IV)	F34.1 DISTIMIA (CIE 10)	Observaciones
A. Estado de ánimo crónicamente depresivo, durante al menos 2 años.: (En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración de al menos 1 año). B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. pérdida o aumento de apetito 2. insomnio o hipersomnía 3. falta de energía o fatiga 4. baja autoestima 5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones 6. sentimientos de desesperanza C. Durante el período de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos. D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes). E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.		- La mayor parte del día de la mayoría de los días - Manifestado por el sujeto u observado por los demás (1 año en niños y adolescentes) La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial Antes del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente

EPISODIO MANÍACO (DSM IV)	F30 EPISODIO MANÍACO (CIE 10)	Observaciones
A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana. B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: 1. autoestima exagerada o grandiosidad 2. disminución de la necesidad de dormir 3. más hablador de lo habitual o verborreico 4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado 5. distraibilidad 6. aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora 7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto. D. La alteración grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos. E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).	cualquier duración si es necesaria la hospitalización 2. (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño) 5. (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes) 6. (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) 7. (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas) Los episodios parecidos a la manía claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica...) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar I.	
EPISODIO MIXTO		Observaciones
A. Cumple los criterios de episodio maníaco y de episodio depresivo mayor (excepto en la duración). B. Importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, u hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos. C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).		Casi cada día durante al menos un período de 1 semana

EPISODIO HIPOMANIACO (DSM IV)	F30.0 HIPOMANÍA (CIE 10)	Observaciones
A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y claramente diferente del estado de ánimo habitual. B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: 1. autoestima exagerada o grandiosidad 2. disminución de la necesidad de dormir 3. más hablador de lo habitual o verborreico 4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado 5. distrabilidad 6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora 7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves C. El episodio asociado a un cambio inequívoco de la actividad no característico del sujeto. D. Alteración del estado de ánimo y cambio de actividad observables por los demás. E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos. F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).	3. (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño) 5. (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes) 7. (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas) Los episodios parecidos a los hipomaniacos causados por un tratamiento somático antidepresivo (medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica luminica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.	Observaciones
F30 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único	TRASTORNOS BIPOLARES	Observaciones
A. Presencia de un único episodio maniaco, sin episodios depresivos mayores anteriores. B. El episodio maniaco no se explica mejor por la presencia de trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado.	La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maniacos	Observaciones
F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco	TRASTORNOS BIPOLARES	Observaciones
A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaniaco. B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maniaco o un episodio mixto. C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado.	La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maniacos	Observaciones

TRASTORNO CICLOTÍMICO (DSM IV)		F34.0 CICLOTIMIA (CIE 10)	Observaciones
A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.		F06 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A... (indicar la enfermedad médica) A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados: 1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer; 2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable B. A partir de la historia clínica, exploración física o pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Codificación basada en tipos: .32 Con síntomas depresivos: estado de ánimo predominante depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. .32 Con episodio similar al depresivo mayor: se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D). .30 Con síntomas maniacos: estado de ánimo predominante elevado, eufórico o irritable. .33 Con síntomas mixtos: síntomas tanto de manía como de depresión sin que predomine ninguno	En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).
B. Durante el período de más de 2 años la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.			
C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.			
D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado.			
E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).			
F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.			
F06 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A... (indicar la enfermedad médica)			Observaciones
A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados: 1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer; 2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable B. A partir de la historia clínica, exploración física o pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Codificación basada en tipos: .32 Con síntomas depresivos: estado de ánimo predominante depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. .32 Con episodio similar al depresivo mayor: se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D). .30 Con síntomas maniacos: estado de ánimo predominante elevado, eufórico o irritable. .33 Con síntomas mixtos: síntomas tanto de manía como de depresión sin que predomine ninguno			En todas o casi todas las actividades C. (p. ej., trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica)

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Observaciones
A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados: 1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades 2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2: 1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia 2. el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica): - F10.8 Alcohol - F16.8 Alucinógenos - F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar) - F14.8 Cocaína - F19.8 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) - F18.8 Inhalantes - F11.8 Opiáceos - F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos - F19.8 Otras sustancias (o desconocidas)	Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias: - los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o del medicamento); - persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, - son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes). Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente

TRASTORNOS ADAPTATIVOS (F43.20) CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO	Observaciones
La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante. B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: 1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante 2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica) C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente. D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo. E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.	<i>Especificar si:</i> Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses. Crónico: si la alteración dura 6 meses o más. Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.
Z63.4 DUELO (V62.82)	Observaciones
Reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunas personas presentan síntomas de episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La duración y la expresión de un duelo "normal" varía bastante entre grupos culturales. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo "normal" puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen: 1. la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida. 2. pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida. 3. preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad. 4. inhibición psicomotora acusada. 5. deterioro funcional acusado y prolongado. 6. experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.	La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida.

ANEXO VI: INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES

1. La depresión es una enfermedad frecuente, como muchas otras, y existen tratamientos eficaces para ella; la recuperación es la regla y no la excepción, ya que la mayoría de los pacientes se curan sin secuelas.
2. El paciente no tiene la culpa de lo que le pasa. Su enfermedad no es un castigo que se merece ni un signo de flaqueza o de debilidad de carácter. Tampoco de dejadez o de pereza: El paciente se esfuerza todo lo que puede.
3. Las ideas suicidas son un síntoma común de la propia depresión y no un signo de que el paciente esté loco. ¿Tiene algún plan específico para llevarlo a cabo?. En algunos casos puede ser necesaria una estrecha vigilancia por parte de la familia o los amigos. Háblelo abiertamente con su médico.
4. La actitud más aconsejable por parte de la familia es animarle a resistirse al pesimismo y la auto-crítica negativa y a no actuar bajo ideas pesimistas. Conviene que el paciente en este estado no tome decisiones drásticas sobre su vida, como separación o divorcio, dejar el trabajo, etc.
5. No trate de obligarle a realizar actividades para las que no se siente capaz. En el transcurso de la mejoría experimentada durante el tratamiento, será capaz de hacerlas. No forzarle a la readaptación social, laboral o familiar hasta que comience a objetivarse una mejoría en su estado de ánimo.
6. La disminución de la capacidad de disfrute sexual, así como la vivencia de incapacidad para amar y ser amado, son fruto de la depresión.
7. Es conveniente planificar actividades a corto plazo que tengan como finalidad la diversión o afianzar la auto-confianza; a medida que vaya mejorando se sentirá capaz de reanudar las actividades que le proporcionaron placer en el pasado.
8. La identificación de problemas de la vida diaria y situaciones de estrés puede ayudarle a concentrarse en hechos puntuales para mejorar sus estrategias de afrontamiento. Reforzar los cambios positivos.
9. En muchas ocasiones las molestias físicas que experimenta el paciente, pueden tener relación con el estado de ánimo. Si persisten, ante la duda, consulte con su médico de familia.

Después de la mejoría, vigilar posibles signos de recaída y si reaparecieran nuevos síntomas, buscar ayuda rápidamente.

DEPRESIÓN INFANTIL

Comisión de elaboración del documento (por orden alfabético):

- M^a Isabel Garre Sánchez, Pediatra
- Fuensanta Robles Sánchez, Psiquiatra
- Montserrat Vicente Garriga, Psicólogo Clínico

1. Definición y concepto.
2. Población diana.
3. Epidemiología.
4. Factores etiológicos.
 - 4.1. Biológicos.
 - 4.2. Psicológicos.
5. Clasificación.
6. Plan de actuación diagnóstica.
 - 6.1. Detección.
 - 6.2. Anamnesis:
 - 6.3. Exploración física.
 - 6.4. Exploraciones complementarias.
 - 6.5. Criterios diagnósticos.
 - 6.6. Diagnóstico diferencial.
7. Tratamiento.
8. Intervención preventiva desde Atención Primaria
9. Bibliografía

1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO

Los trastornos depresivos en la infancia y adolescencia no están contemplados en los manuales habituales de valoración (CIE-10) como diferentes a los de los adultos, y se utilizan los mismos criterios diagnósticos para todo tipo de edades. Efectivamente, la sintomatología básica es la misma, ya que los trastornos depresivos no respetan edad ni sexo, pero como la expresión es diferente, pueden no ser diagnosticadas muchas depresiones en estas edades tempranas, con el consiguiente perjuicio para el niño y su familia, a corto y a largo plazo.

Estas peculiaridades de la infancia se deben al menor desarrollo madurativo existente en el niño y adolescente en comparación con el adulto y al variable nivel de dicho desarrollo entre las diversas etapas por las que pasa el niño. Esta situación puede conferir una presentación diferente a la sintomatología. Así, el niño pequeño manifiesta la depresión de un modo más físico, entendido esto desde el punto de vista psicomotor, y el niño mayorcito más desde un plano psíquico, con síntomas más parecidos a los del adulto.

Como factores básicos a tener en cuenta para entender la sintomatología del niño figuran los siguientes:

1. Una menor capacidad de introspección, por lo que no se tiene vivencia de estar deprimido ni se pueden expresar los sentimientos depresivos de igual forma que se hace en el adulto.
2. Un menor desarrollo intelectual, lo que lleva a expresar los síntomas “con otras palabras”: Los niños de 8 o 9 años, que están en la etapa operativa de Piaget, manifiestan su sufrimiento de un modo concreto, casi alexitímico: estoy cansado, me aburro, etc., o en el plano conductual (informan sus padres): está parado, lento, no juega, etc.
3. Una mayor influencia del entorno, con lo que la sintomatología no se manifestará de un modo tan permanente como en el adulto, apreciándose momentos en los que parece alegre, activo (por ejemplo cuando se le ve con sus compañeros).

2. POBLACIÓN DIANA

Atención a los niños menores de 16 años que demandan asistencia en atención primaria por síntomas compatibles con un cuadro de depresión, tanto solicitado por el paciente como por su familia.

3. EPIDEMIOLOGÍA

La depresión afecta entre el 0.4 % y el 2.5% de niños y se incrementa en la adolescencia llegando incluso hasta un 8.3% según distintos estudios.

El trastorno distímico afecta entre el 0.6 y el 1.7% de los niños y el 1.6 al 8% de los adolescentes.

A los 15 años de edad la prevalencia de la depresión es 2 veces más alta en chicas que en chicos.

4. FACTORES ETIOLÓGICOS

En la infancia y adolescencia para conocer la etiopatogenia de los problemas psiquiátricos debemos contemplar la concurrencia de varios factores:

4.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Se reconoce una significativa heredabilidad de los síntomas depresivos. Se ha demostrado una mayor densidad de trastornos depresivos en los parientes de primer grado de niños y adolescentes con depresión mayor (Strober, 1995)

También se habla de posibles factores temperamentales programados biológicamente que estarían presentes en el niño y adolescente depresivo: temperamento difícil, inhibición social y afectividad negativa.

4.2 FACTORES PSICOSOCIALES

- Familia: el niño cuanto más pequeño más depende de su ambiente familiar para cubrir sus necesidades, siendo la familia un elemento primordial en la etiopatogenia de las depresiones en estas edades: falta de cohesión y frialdad afectiva, exceso de crítica y control, pérdidas, separaciones, enfermedades psiquiátricas de los padres, experiencia estresantes intensas, etc.
- Colegio: el niño pasa la mayor parte de su tiempo en este ámbito en el que pueden existir aspectos que pueden llegar a ser factores de riesgo para la depresión, como un tipo de enseñanza muy estricta y con un nivel muy alto de exigencia y las dificultades en la relación con los iguales.
- Contexto social: las bajas condiciones económicas, culturales y educativas pueden afectar negativamente al niño, favoreciendo el desarrollo de expectativas negativas en relación a sus logros y su futuro.

5. CLASIFICACIÓN

Se utilizan los mismos criterios diagnósticos expuestos para adultos.

6. PLAN DE ACTUACIÓN DIAGNÓSTICA

6.1 DETECCIÓN

Ante la sospecha de presencia de depresión en el niño puede resultar útil formular una serie de preguntas:

- **¿A veces te sientes triste y con ganas de llorar sin saber porqué?**
- **¿Te aburren cosas que antes te divertían?**
- **¿Te cuesta trabajo dormir o comer?**
- **¿Te van las cosas peor en la escuela últimamente?**
- **¿Hay algún motivo que te haga ponerte triste?**

Una detección positiva no equivale a diagnóstico, sino que se utilizarán los criterios descritos posteriormente.

6.2 ANAMNESIS

Debe realizarse la entrevista de forma conjunta y separada con los padres y el niño siempre que sea posible. En muchos casos resulta necesario recoger información de otros cuidadores y de los profesores.

A. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Historia prenatal y del nacimiento, lugar en la fratría
- Historia del desarrollo
- Enfermedades orgánicas agudas o crónicas y enfermedades psiquiátricas
- Rasgos del carácter y la conducta
- Juegos y relaciones sociales. Relaciones con los iguales.
- Rendimiento y adaptación escolar y social.

B. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Nivel cultural y socioeconómico: trabajo y horarios.
- Tiempo y dedicación a los hijos y al trabajo
- Carácter y actitudes en relación con la crianza
- Salud: enfermedades orgánicas y psiquiátricas, tipo de trastorno y medicación útil.

C. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Es fundamental para el diagnóstico y debemos tener en cuenta la siguiente sintomatología:

- Disminución de la concentración y la memoria con invasión de recuerdos tristes
- Humor triste, irritable o inestable. Ansiedad de separación o de otro tipo.
- Pensamiento: curso lento y en el contenido predominio del dolor, culpa, inutilidad, ideas hipochondríacas, delirantes y suicidas
- Sentimientos de despersonalización, desrealización y alucinaciones
- Alteraciones en sus intereses y motivaciones previas
- Aumento o disminución de la psicomotricidad
- Alteración del sueño y del apetito
- Autoconcepto y autoestima.

6.3 EXAMEN FÍSICO

Descartar el uso de medicaciones y enfermedades orgánicas, sobre todo crónicas, que puedan desencadenar o mantener la sintomatología.

6.4 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

En función de la sospecha clínica se debe de realizar una analítica sanguínea completa, función tiroidea, hepática y renal.

6.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se van a utilizar los mismos criterios diagnósticos que en los adultos aunque es útil contemplar los diversos aspectos que nos permiten discriminar el momento evolutivo del niño.

ASPECTOS CLÍNICOS DISCRIMINATIVOS GENERALES EN LA DEPRESION INFANTIL:

La sintomatología en la depresión infantil presenta una serie de peculiaridades como son:

- La frecuente expresión somática, incluso como único síntoma.
- En ocasiones, en lugar de pérdida de peso, puede no alcanzar el aumento de peso esperado según la edad.
- A veces, en lugar de un estado de ánimo triste podemos encontrar disforia.
- A menudo, en el niño se manifiestan trastornos de conducta como expresión depresiva.
- El motivo de consulta puede ser otro diferente al de depresión ya que los niños no se quejan de ella y los padres se centran en sus consecuencias, como el fracaso escolar o el trastorno de conducta.

En los adolescentes hay una serie de diferencias con respecto a los adultos como:

- Hay menos insomnio terminal
- Menos variaciones en el humor diurno
- Más conductas suicidas

- Menos anergia
- Menos anorexia
- Menos quejas somáticas
- Más sentimientos de culpa
- El estado de ánimo puede ser disfórico.

Dado que en la infancia y adolescencia se atraviesa por diferentes etapas, se va a hacer una división de estas a fin de poder mostrar mejor la sintomatología característica de cada una de ellas.

1. Preescolares y escolares pequeños (hasta los 7 años): al tener una escasa capacidad de introspección y de verbalización, el diagnóstico ha de basarse en la información de las personas que conviven con el paciente y en la observación de su actitud y de su conducta. Así se observa:

Perturbaciones del humor:

- Actitud triste, decaído, llanto espontáneo
- Apatía, aburrimiento, desinterés por el juego
- Sentimientos de soledad y abandono
- Irritabilidad con o sin crisis de agitación psicomotriz

Inhibición psicomotora

- Cansancio y fatigabilidad fácil, lentitud, pasividad (se tumba en el sofá, está continuamente sentado)
- Dificultad en el aprendizaje: distraibilidad, no hace los deberes, no se entera de lo que explican,...
- Negativa ansiosa a ir al colegio y/o tendencia a aislarse

Otros

- Disminución del apetito
- Insomnio de inicio y despertares frecuentes
- Pesadillas y terrores nocturnos
- Algas: cefaleas, abdominalgias
- Encopresis

2. Niños en edad escolar media (8 a 12 años): al presentar un nivel mayor de maduración, ya es posible obtener de ellos más datos sobre sus síntomas, sin olvidar su actitud y las observaciones de sus padres.

Perturbaciones del humor:

- Tristeza, llanto fácil, malestar interior, malhumor.
- No tiene ganas de jugar, no quiere salir con los amigos
- Autoconcepto negativo: sentimientos de inferioridad, de culpa, de pecado
- Aparecen ideas de muerte.
- Sentimientos de soledad
- Irritabilidad, mal genio con rebeldía y agresividad en ocasiones.

Inhibición psicomotora:

- Cansancio, fatiga, lentitud para vestirse, para comer, para pensar.

- Dificultad en el aprendizaje: distraibilidad, bajo rendimiento, no hace las tareas y como consecuencia: tendencia a aislarse, a ir en solitario, al retraimiento.

Otros:

- Disminución del apetito.
- Trastornos del sueño: insomnio, sueño inquieto y superficial, a veces hipersomnia.
- Algunas algas (poco frecuentes)

3. Adolescencia (12 a 18 años): la sintomatología va cada vez siendo más similar a la del adulto, con algunas características propias de la adolescencia.

Perturbaciones del humor:

- La tristeza lleva una carga disfórica importante que llega a enmascararla.
- Anhedonia intensa, con actitud pasiva ante la vida, pérdida de las motivaciones (depresión amotivacional).
- Autoconcepto negativo: sentimientos de inferioridad, de culpa, de pecado, con componentes referenciales.
- Ideas recurrentes de muerte, con riesgo importante de suicidio
- Irritabilidad intensa, rebeldía, agresividad, que puede manifestarse como un trastorno de conducta disocial.

Inhibición psicomotora:

- Bradipsiquia, inhibición.
- Dificultad en el aprendizaje: distraibilidad, desmotivación, con fracaso escolar.
- Tendencia a aislarse, desde encerrarse en su habitación hasta irse de casa

Otros:

- Disminución del apetito
- Trastornos del sueño: insomnio menos frecuente que en el adulto, hipersomnia frecuente.

6.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si se realiza un buen estudio psicopatológico, el diagnóstico de la depresión en la infancia y adolescencia no ha de causar ningún problema; no obstante, hay que tener en cuenta varias situaciones y problemas del niño que pueden semejar un cuadro depresivo:

- **Angustia de separación:** cuando el niño se incorpora al colegio puede presentar una sintomatología angustiosa con síntomas parecidos a los de la depresión, como la pérdida de apetito, dificultad para conciliar el sueño, negativa a asistir a clase, apatía, desinterés... La observación de la actitud de la madre con el niño puede dar una idea para el diagnóstico, además de ser éste un trastorno que se acompaña con múltiples miedos y síntomas fóbicos. Hay que tener en cuenta que algunas depresiones del niño presentan comorbilidad con la angustia de separación, por lo cual en ocasiones habrá que hacer ambos diagnósticos.
- **Enfermedades somáticas:** ciertas enfermedades que se acompañan de cansancio pueden semejar un episodio depresivo leve. Su diagnóstico diferencial es fácil por la levedad y brevedad de la sintomatología.

- **Crisis evolutivas psicobiológicas:** como la crisis de la pubertad que en ocasiones se acompaña de cierta disminución del estado de ánimo, baja autoestima, sentimientos de infravaloración..., que pueden parecer un cuadro depresivo. En estos casos es conveniente evaluar la depresión con un cuestionario adaptado a la infancia.
- **Duelo:** reacción a pérdidas y acontecimientos vitales estresantes como muerte de figuras de apego, separación de los padres, cambios de domicilio, de colegio,...

7. TRATAMIENTO

7.1. EL TRATAMIENTO SE LLEVARÁ A CABO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL.

7.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Actualmente existe una gran controversia en relación a la eficacia y los riesgos posibles de su uso. En España, la Agencia Española del Medicamento no aprueba el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, IRSR, como indicación para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. A pesar de ello, si parece existir un consenso profesional sobre su eficacia en depresiones moderadas y severas. También se usan antidepresivos tricíclicos (Imipramina, Clorimipramina, Desimipramina,...), aunque suelen provocar mayores efectos secundarios adversos.

7.3. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS:

- La farmacoterapia, si la hubiese, debe ser acompañada de otros tratamientos psicoterapéuticos
- El tratamiento requiere intervención psicoterapéutica con los padres y el niño. Se hace necesario, en muchos casos, la colaboración entre diversos profesionales dentro de Salud Mental (psicólogo, psiquiatra, trabajador social, ..) y con otras instituciones relacionadas con el paciente (colegios, centros de ocio, servicios sociales, etc).
- La integración o combinación de variables técnicas procedentes de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, psicoterapia dinámica y otras psicoterapias, pueden ser beneficiosas para el paciente (Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente).
- La intervención sobre el niño, buscará reducir aquellos factores de riesgo existentes (autoconcepto bajo previo a la depresión, déficit en habilidades sociales, sentimientos de indefensión, inseguridad,...) ya sea de modo individual o grupal, lúdico o no, dependiendo de la edad del niño.

7.4. INTERVENCIONES FAMILIARES:

La integración de la familia en el tratamiento es crucial. Dado que los factores familiares son de gran importancia en la génesis de la depresión, se hace necesaria la intervención sobre aquellos aspectos más preocupantes. Se puede actuar aportando a los padres orientaciones psicoeducativas o proponiendo una terapia familiar estructurada.

La intervención temprana puede evitar el desarrollo de comorbilidad psiquiátrica; por ejemplo, la depresión, a menudo, precede al inicio en el abuso de sustancias.

8. INTERVENCIÓN PREVENTIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

- Existe un debate sobre si la depresión puede prevenirse que, creemos, debe ser superado y sustituido por el diseño de intervenciones que conduzcan a la promoción del desarrollo psicosocial en los primeros años de vida y que incluya actividades claras desde los servicios de atención primaria pediátrica.

- La OMS desde la Oficina Europea de Salud Mental, insiste en el valor preventivo de **ayudar a mejorar la calidad de la función de ser padres (parentalidad) y de favorecer el potencial de desarrollo del bebé en los cinco primeros años de vida.**
- Sería necesario utilizar los exámenes periódicos de salud con una nueva perspectiva y cambiando los estilos de trabajo, buscando **observar y registrar los datos relacionales y emocionales del niño y no solo los somáticos.** Por descontado, no se trataría de descuidar los cuidados convencionales de los exámenes de salud.
- Los datos sobre los que se pretende hacer más énfasis serían aquellos que se evidencian en el contacto con el niño y la interacción de éste con su acompañante adulto: contacto visual, reacciones de acercamiento evitación, llanto y sonrisa, cómo le calma o contiene el adulto, si buscan el contacto físico y cómo responde el otro, si el adulto se irrita o inhibe, cómo describe al niño (desprecio, hostilidad, orgullo),
- Dentro del contexto institucional de Atención Primaria existen programas en los que resulta más factible incorporar este tipo de enfoque preventivo:
 1. Programa del niño sano.
 2. Grupos de preparación al parto.
 3. Grupos de entrenamiento para madres y masaje de bebés.
 4. Grupos psicoeducativos de padres, dirigidos por enfermería y/o trabajo social.
 5. Consulta de trabajador social dentro de atención Primaria.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. B.Birmaher et al. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J.Am.Child. Adolesc. Psychiatry. 1998 Oct; 37(10 suppl): 635-835.
2. Daniel N. Klein et al. Toward Guidelines for Evidence-Based Assessment of Depression in Children and Adolescents. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2005, vol.34, No.3, 412-432.
3. J.L. Pedreira Massa. Protocolo de abordaje de los trastornos afectivos en la infancia desde los servicios de Atención Primaria. Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria. ELA. 1995. Madrid.
4. J.L. Pedreira Massa. Actualidad de los trastornos depresivos en la infancia. Psiquiatría .com. Accedido el día 01/08/03.
5. J. Romeo i Bes.Trastornos psicológicos en pediatría. Ediciones Doyma. 1992.
6. WHO: Promotion of the psychosocial development of children through Primary Health Care Services. First Report (1990) and Second Report (1991). Ed.WHO-Europe. Copenhagen 1991,1992.
7. M.J. Ruiz Lozano. Protocolo Depresión Infantil. Rev. De Psiquiatría Infanto-Juvenil. N°especial Congreso Mayo 2004.
8. J.Canals Sans. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del Niño y Adolescente. Cap.23. Edición de carácter no venal, colaboración técnica de Smithkline Beecham. 2000.
9. Evidencia Clínica concisa. 3ªedición. 2004-5. Legis. Bogotá-Colombia.
10. J.C.MingoteAdán y M.Calzada Pereira. Rev. Atención Primaria y Salud Mental. Vol.6, nº4, 2003. Pp.148-162.
11. J.L. Tizón et al. (Grupo de trabajo de Prevención de los Trastornos de la Salud Mental del PAPPS). Prevención de los trastornos de salud mental en la infancia desde Atención Primaria. Rev. Aten Primaria 2003;32(Supl 2): 77-1001.

ANEXO VII

CUESTIONES PRÁCTICAS EN SOSPECHA DE DEPRESIÓN (PARA NIÑOS)

1. ¿ A veces te sientes triste y con ganas de llorar sin saber porqué ?
2. ¿ Te aburren cosas que antes te divertían ?
3. ¿ Te cuesta trabajo dormir o comer ?
4. ¿ Te van las cosas peor en la escuela últimamente ?
5. ¿ Hay algún motivo que te haga ponerte triste ?

ANEXO VIII

CONSIDERACIONES DEL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

- No hay criterios diferentes al adulto en las clasificaciones
- La clínica es dependiente de la etapa del desarrollo
- Sus expresiones son particulares:
 - Trastorno de conducta
 - Deterioro escolar
 - Quejas somáticas
 - Animo disfórico
- En niños pequeños dificultad para verbalizar el estado de ánimo

ANEXO IX

CUESTIONARIO ESPAÑOL PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL (CEDI) RODRÍGUEZ SACRISTÁN Y CARDOZE, 1977-1982

Evalúa diferentes aspectos de la depresión: alteraciones del ánimo, de las funciones vegetativas, autoimagen y capacidad hedónica, entre las fundamentales.

16 ítems.

Se presenta en dos formas: una para edades de 5 a 10 años y otra para edades comprendidas entre 11 y 16 años.

La forma elaborada para niños de 5 a 10 años es heteroaplicada; cada ítem presenta tres respuestas escaladas, puntuadas de 0 a 2, desde ausencia del síntoma a la de mayor gravedad.

La forma para niños mayores - entre 11 y 16 años - es autoaplicada.

Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas, desde ausencia del síntoma, puntuación 0, a la de mayor intensidad que se puntúa como 3.

PUNTUACION DEL CEDI

	CEDI-I	CEDI-II
	(5-10 años)	(11-16 años)
Niños/as sin depresión	0-6 puntos	0-6 puntos
Niños/as con depresión ligera	7-12 puntos	7-12 puntos
Niños/as con depresión moderada	13-17 puntos	13-17 puntos
Niños/as con depresión severa	>_ 18 puntos	>_ 18 puntos

RODRÍGUEZ-SACRISTÁN J., CARDOZE D., RODRÍGUEZ MARTÍNEZ J., GÓMEZ-AÑÓN M.L., BENJUMEA PINO P y PÉREZ RIOS J.: Sistemas objetivos de medida: Experiencia con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (Cedi) Modificado de Kovacs y Beck. Rev. Psiquiatría Infanto-juvenil, 3, 65-74, 1984.

CEDI - I (5-10 años)

Nombre y apellidos..... Edad años meses

Sexo..... Curso escolar

Fecha..... a..... de de.....

Nº Ha Ca..... Puntuación:.....

A) TRASTORNOS DEL SUEÑO:

- 0. Generalmente duerme bien.
- 1. Le cuesta trabajo quedarse dormido.
- 2. Le cuesta trabajo quedarse dormido y además tiene un sueño muy alterado (se despierta durante la noche y no se puede volver a dormir, pesadillas, habla o llora dormido).

B) ANOREXIA:

- 0. Generalmente come bien.
- 1. Su apetito no es tan bueno como antes, más bien come poco.
- 2. Casi nunca tiene apetito y no come casi nada.

C) IRRITABILIDAD:

- 0. Generalmente es tranquilo.
- 1. Algunas veces se altera más de lo normal ante ciertas situaciones.
- 2. Es muy irritable, ante cualquier cosa, por pequeña que sea.

D) AISLAMIENTO SOCIAL:

- 0. Le gusta estar con otros niños/as.
- 1. Está poco interesado en jugar con otros niños/as.
- 2. Quiere estar siempre solo, rechaza la compañía de los demás niños/as.

E) SENTIMIENTOS DE FRACASO:

- 0. Es un niño/a bastante seguro de sí mismo.
- 1. A veces expresa temor de que las cosas que debe hacer le salgan mal.
- 2. Siempre dice que a él todo le sale mal, que no sirve para nada.

F) FATIGABILIDAD:

- 0. No suele sentirse cansado.
- 1. Con frecuencia se siente fatigado, sin fuerzas.
- 2. Siempre está cansado, sin fuerzas, aunque no haya hecho nada.

G) DIFICULTAD PARA EL TRABAJO:

- 0. Generalmente hace sin dificultad su trabajo escolar.
- 1. Le cuesta trabajo realizar sus tareas escolares.
- 2. No rinde absolutamente nada en su trabajo escolar, no es capaz de realizar una tarea completa por pequeña que ésta sea.

H) TRISTEZA:

- 0. Generalmente tiene buen ánimo.
- 1. Con cierta frecuencia se le nota triste, decaído
- 2. Siempre está triste.

I) AUTOLISIS:

- 0. Nunca habla de hacerse daño a él mismo.
- 1. A veces expresa el deseo de morir.
- 2. Siempre dice que quiere matarse, que no quiere vivir más.

J) LLANTO:

- 0. No suele llorar más de lo normal.
- 1. Lloro con cierta facilidad.
- 2. Lloro por cualquier cosa y, a veces, sin motivo aparente.

K) INSATISFACCIÓN:

- 0. Generalmente disfruta de las cosas (juguetes, situaciones placenteras).
- 1. No suele disfrutar de las cosas en la medida que lo hacen los demás niños/as.
- 2. Nunca disfruta de nada, siempre está insatisfecho, descontento.

L) PESIMISMO:

- 0. Suele ser un niño/a optimista.
- 1. A veces expresa temores respecto de cosas que puedan acontecer en el futuro.
- 2. Siempre está temiendo que sucedan cosas terribles, se encuentra preocupado siempre por el futuro.

M) AUTOIMAGEN:

- 0. No suele expresar sentimientos de considerarse menos que los demás en cualquier sentido.
- 1. A veces se compara con los demás en un sentido negativo (sentirse menos atractivo, más malo e inferior).
- 2. Suele decir con mucha frecuencia que es más malo o más feo que los demás.

N) QUEJAS SOMÁTICAS:

- 0. No suele preocuparse de los problemas de salud.
- 1. Se preocupa muchas veces de problemas de salud.
- 2. Está tan preocupado de problemas de salud que no suele hablar de otra cosa.

O) ACTITUD ANTE LA ESCUELA:

- 0. Le gusta ir al colegio.
- 1. A veces pone alguna excusa para faltar al colegio.
- 2. Se niega a ir al colegio sin que existan motivos aparentes.

P) CULPABILIDAD:

- 0. No suele expresar sentimientos de culpa.
- 1. En ocasiones se siente culpable de algunas cosas que pasan.
- 2. Siempre se siente culpable de cualquier cosa que pase.

CEDI - II (11-16 años)
CUESTIONARIO ESPAÑOL DE DEPRESION INFANTIL (RODRÍGUEZ-SACRISTÁN & CARDOZE.
MODIFICADO DE BECK)

Nombre y apellidos..... Edad años meses

Sexo..... Curso escolar

Fecha..... a..... de de.....

Nº Ha Ca..... Puntuación:.....

A) TRASTORNOS DEL SUEÑO:

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto hasta una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormirme.
- 3. Me despierto hasta varias horas más temprano de lo que acostumbro y no puedo volver a dormirme.

B) ANOREXIA:

- 0. Mi apetito no es peor que antes.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2. Mi apetito es mucho peor ahora.
- 3. Ultimamente no tengo nada de apetito.

C) IRRITABILIDAD:

- 0. No estoy más irritable de lo acostumbrado.
- 1. Me molesto e irrito más fácilmente que antes.
- 2. Ultimamente me siento irritable todo el tiempo.
- 3. Ya no me irritan en absoluto las cosas que acostumbraban a hacerlo.

D) AISLAMIENTO SOCIAL:

- 0. No he perdido el interés en otras personas.
- 1. Estoy menos interesado en otras personas en comparación a como estaba antes.
- 2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.
- 3. He perdido todo el interés en otras personas.

E) SENTIMIENTOS DE FRACASO:

- 0. Yo no me siento un fracasado.
- 1. Pienso que he fracasado más que las demás personas.
- 2. Pienso que en mi vida ha habido una acumulación de fracasos.
- 3. Pienso que soy un fracaso total y completo como persona.

F) FATIGABILIDAD:

- 0. No suelo sentirme más cansado de lo normal.
- 1. Me canso con mayor facilidad que antes.
- 2. Me canso casi con cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa, no puedo hacer nada sin cansarme.

G) DIFICULTAD PARA EL TRABAJO:

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que hacer un esfuerzo demasiado grande para realizar cualquier cosa.
- 3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

H) TRISTEZA:

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Estoy triste casi todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

I) AUTOLISIS:

- 0. Nunca he pensado en matarme.
- 1. He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2. Me gustaría matarme.

J) LLANTO:

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Ahora lloro todo el tiempo.
- 3. Antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque quisiera.

K) INSATISFACCIÓN:

- 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1. No disfruto de las cosas como antes.
- 2. No obtengo una satisfacción verdadera con nada.
- 3. Estoy descontento y aburrido de todo,

L) PESIMISMO:

- 0. No me siento pesimista respecto al futuro.
- 1. Me siento pesimista respecto al futuro.
- 2. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- 3. Siento que el futuro es para mi descorazonador y que las cosas no mejorarán.

M) AUTOIMAGEN:

- 0. No creo que mi aspecto sea peor que antes.
- 1. Me preocupa parecer más viejo o sin atractivo.
- 2. Me siento como si hubiesen cambios permanentes en mi aspecto que me hacen sentirme con menos atractivo.
- 3. Creo que mi aspecto es feo.

N) QUEJAS SOMÁTICAS:

- 0. No estoy más preocupado por mi salud que antes.
- 1. Estoy preocupado por problemas de salud física, como dolores y molestias (problemas de estómago, estreñimiento, dolor de cabeza...).
- 2. Estoy muy preocupado por problemas de salud física y me es difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado con los problemas de tipo físico que no puedo pensar en nada más.

O) ACTITUD ANTE LA ESCUELA:

- 0. Me gusta ir al colegio.
- 1. No me gusta mucho ir al colegio.
- 2. Falto mucho al colegio sin necesidad de estar enfermo.
- 3. No quiero ir al colegio.

P) CULPABILIDAD:

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable algunas veces.
- 2. Me siento culpable muchas veces.
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Subdirección General de Asistencia Primaria,
Urgencias y Emergencias Sanitarias

