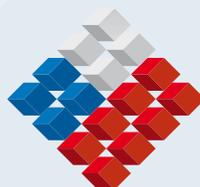


GUÍA CLÍNICA

Tratamiento de Personas con **Depresión**



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Junio 2006

Grupos de trabajo que colaboraron en la formulación de la guía:

Los siguientes profesionales aportaron directamente o indirectamente a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Revisión de evidencias

Dr. Eduardo Illanes
Dra. Evelina Chapman

Colaboradores

Dra. Carolina González

Servicio de Psiquiatría Infantojuvenil
Complejo Hospitalario Barros Luco

Dr. Mario Quijada

Sociedad Chilena de Salud Mental

Dr. Pedro Retamal

Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador

Dr. Juan Salinas

Sociedad de Psiquiatría y Neurología
de la Infancia y Adolescencia de Chile

Ps. Pablo Vera

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Equipo Técnico Ministerial

Sra. María Elena Varela

Departamento de Modelo de Atención
Subsecretaría de Redes

Sra. Irma Rojas

Departamento de Salud Mental
Subsecretaría de Salud Pública

Dr. Alberto Minoletti

Departamento de Salud Mental Subsecretaría de Salud Pública

Nota: los cargos y filiación de cada miembro del grupo son los correspondientes al período en que éstos participaron en la elaboración del Protocolo Ministerial.

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD.

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica

SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL N°XX, 1ª edición. Santiago: Minsal, 2006.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido para fines de capacitación.

Prohibida su venta.

ISBN

Índice

1. Antecedentes	4
2. Definición	6
3. Sospecha y confirmación diagnóstica	6
4. Intervenciones para la sospecha diagnóstica	10
5. Intervenciones para confirmación diagnóstica	10
6. Intervenciones para el tratamiento de casos confirmados	11
7. Tratamiento farmacológico	15
8. Psicoterapia	22
9. Consideraciones Especiales para el Tratamiento de Adultos Mayores con Depresión*	23
10. Bibliografía	25
Anexo N° 1: Niveles de Evidencia y Grado de Recomendación	30
Anexo N° 2: Metodología de elaboración de la Guía Clínica	31
ALGORITMO 1. TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN Y DISTIMIA LEVE O MODERADA	33
ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN LEVE A MODERADA	34
ALGORITMO 3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN REFRACTARIA A TRATAMIENTO Y DERIVADAS A ESPECIALIDAD	35
ALGORITMO 4. MANEJO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON EPISODIO DEPRESIVO CON PSICOSIS	36
ALGORITMO 5. CONDUCTAS A SEGUIR EN PERSONAS CON DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDIO	37
ALGORITMO 6. CONDUCTA A SEGUIR EN PERSONAS CON DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA	38
ALGORITMO 7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN BIPOLAR	39
ALGORITMO 8. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN BIPOLAR	40
ALGORITMO 9. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN SEVERA O REFRACTARIA A TRATAMIENTO	41

1. Antecedentes

La Depresión es un trastorno frecuente distribuido en todo el mundo. Los estudios poblacionales en Estados Unidos demuestran una prevalencia de 15 días de síntomas depresivos de 10,8% para hombres y de 20,8% para las mujeres (Estudio HANES, muestra de 1975)⁵. De manera más reciente (2005), para el diagnóstico de depresión mayor, el Estudio Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos³ utilizando la entrevista estructurada CIDI, encuentra una prevalencia de 9,5%. Otro estudio de prevalencia en población general que incluyó a 10 países¹⁴ encontró prevalencias dispares con las mayores prevalencias en Europa y El Líbano, que van desde 19% en El Líbano hasta 1,5% en Taiwán (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Prevalencia de depresión mayor en diferentes países
(Entrevista estructurada CIDI)*

País	Prev. anual (%)	Prevalencia de vida (%)		
		Total	Mujeres	Hombres
Taiwán	0,8	1,5	1,8	1,1
Corea	2,3	2,9	3,8	1,9
Nueva Zelanda (Christchurch)	5,8	11,6	15,5	7,5
Canadá (Edmonton)	5,2	9,6	12,3	6,6
Estados Unidos**	3,0	5,2	7,4	2,8
Francia (París)	4,5	16,4	21,9	10,5
Alemania (Occidental)	5,0	9,2	13,5	4,4
Italia (Florencia)	-	12,4	18,1	6,1
El Líbano (Beirut)	-	19,0	23,1	14,7

* *Waissman M, Bland MB, Canino G, Faravelli C et al., Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. JAMA 1996, 276: 293-299.*

** *La muestra de Estados Unidos fue obtenida del estudio ECA muy anterior y ha sido criticada por presentar algunos problemas metodológicos que llevan a bajas prevalencias del trastorno.*

En Latinoamérica un estudio de prevalencia en la población general en tres grandes ciudades de Brasil¹, encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1,9 y 5,9 para hombres y, 3,8 a 14,5 en mujeres.

En Chile existen dos estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general. El estudio de Trastornos Mentales Comunes en Santiago² que utiliza la entrevista estructurada CIS-R entrega prevalencia de una semana para “episodio depresivo” que incluye las principales categorías CIE-10 (F32.0, 01,10, 11 y F32.2). Este estudio muestra una prevalencia semanal total de 5,5%; (2,7% para hombres y 8,0% para mujeres). El otro estudio es el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica¹³ realizado en cuatro ciudades grandes de Chile, incluida Santiago. Los principales resultados se encuentran en la Tabla N° 2.

Tabla N° 2

Prevalencia de vida y 6 meses de trastornos depresivos en Chile según DSM-III R
(Entrevista estructurada CIDI)*

Trastorno Depresivo	Hombres		Mujeres		Total	
	vida	6 ms.	vida	6 ms.	vida	6 ms.
Trastorno Depresivo Mayor	6,4	3,0	11,3	6,0	9,0	4,6
Distimia	3,5	1,5	12,1	4,8	8,0	3,2

* Vicente B, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S. Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/ CIDI) (ECPP). Rev Med Chile 2002; 130:527-536.

Existen otros estudios en poblaciones específicas: prevalencia de Trastornos Depresivos (DSM III-R) en consultantes de un policlínico general con prevalencia puntual de 14,7% para hombres y de 30,3% para mujeres¹². Trastornos depresivos asociados al puerperio⁸ que revela una prevalencia de “Depresión Posparto” que va entre 27,7% en mujeres de nivel económico alto hasta 41,3% en mujeres de nivel económico bajo. En estudiantes de enseñanza media⁴ (adolescentes) utilizando un Inventario de Beck se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago. En mujeres de mediana edad (45-55 años) de Temuco, tomadas de listados de centros de madres e Isapres, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 43,3%¹¹.

En Chile se encuentra publicado el Estudio de Carga de Enfermedad⁶, que revela que los cuadros depresivos ocupan el décimo lugar entre las principales causas de discapacidad en la población general medida a través de los AVISA (Años de vida ajustados por discapacidad que incluye los años de vida perdidos por muerte prematura y los años perdidos por discapacidad). Los datos desagregados por sexo muestran que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar entre las mujeres. Este mismo indicador revela que los suicidios ocupan el undécimo lugar entre las causas de discapacidad en los varones. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), los trastornos depresivos ocupan el tercer lugar general y, el primer lugar entre las mujeres.

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. La mayoría de las personas que sufren Depresión consultan por primera vez a médicos no especialistas, o en el nivel primario de atención. Sin embargo, este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico o por el equipo de salud, y no siempre son tratados en la forma correcta.

Esta situación debe ser revertida, ya que cuando la depresión no es tratada adecuadamente y de manera oportuna, conduce a cuadros recurrentes o de evolución crónica. Los trastornos depresivos y sus formas “encubiertas” por síntomas físicos o malestares diversos, frecuentemente producen confusión y frustración en el médico no especialista y en los equipos de salud dado que generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas, que además de no mejorar a las personas, elevan los costos de la atención médica. En una primera instancia, la depresión puede ser tratada con éxito por médicos no especialistas, en conjunto con profesionales de salud debidamente capacitados. Del mismo modo, es necesario derivar al especialista a las personas con depresión severa e implementar esquemas de seguimiento que apoyen la resolutivez de las acciones y la satisfacción de las personas que reciben atención.¹⁰

2. Definición

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos*.

3. Sospecha y confirmación diagnóstica

1. Sospecha Diagnóstica: en el Programa Nacional de Depresión implementado en el sistema público de salud desde el año 2000 se utilizan las siguientes preguntas, considerándose sospecha cuando una o más preguntas son respondidas afirmativamente.¹⁰

Tabla N° 3

Preguntas para Pesquisa de Trastornos Depresivos
¿Se ha sentido cansada(o) o decaída(o) casi todos los días?
¿Se ha sentido triste, deprimida(o) o pesimista casi todos los días?
¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

2. Diagnóstico de la depresión: actualmente existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas. La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM IV-TR). Para los efectos de esta Guía será utilizada la clasificación internacional CIE 10.

Tabla N° 4

Trastornos depresivos según CIE 10 incorporados en la Garantía

Trastorno Depresivo	Código CIE 10		
	Leve	Moderado	Grave
Trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo	F31.3	F31.3	F31.4 – 5*
Episodio depresivo	F32.0	F32.1	F32.2 – 3*
Trastorno depresivo recurrente	F33.0	F33.1	F33.2 – 3*
Distimia	F34.1		

* F31.5; F32.3 y F33.3 corresponden a cuadros depresivos graves con síntomas psicóticos.

* Definición operacional MINSAL

2.1. Episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente: en los episodios leves, moderados o graves se presenta decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Además se presenta un deterioro de la capacidad de disfrutar (anhedonia). Habitualmente el sueño está perturbado, hay disminución del apetito. Casi siempre hay sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima y confianza en sí mismo. El decaimiento del ánimo cambia poco día a día y es discordante con las circunstancias. Puede acompañarse de síntomas tales como insomnio de despertar precoz, empeoramiento matinal de los síntomas, retraso psicomotor, pérdida del apetito, peso y de la libido. La severidad de la depresión va a depender del número de síntomas y de la severidad de ellos. El trastorno depresivo recurrente presenta similar sintomatología, pero la persona ha experimentado al menos un episodio previo. El diagnóstico es clínico y debe hacerse en una entrevista que utilice criterios diagnósticos como los criterios del CIE 10 para Episodio depresivo (Tabla N° 5).

Tabla N° 5

Crterios Diagnósticos Generales para Episodio Depresivo según CIE-10*
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos
1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo
5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación
6. Pérdida marcada del apetito
7. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
8. Notable disminución del interés sexual

* Adaptado de Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10.

En adolescentes se utilizan los mismos criterios diagnósticos que en adultos, con el agregado de que pueden existir conductas de riesgo de tipo autoagresivas (no suicidas), y además, bajo rendimiento escolar y aislamiento social. El ánimo depresivo en algunos casos se expresa más como irritabilidad que como depresión del ánimo. Puede haber consumo de sustancias y conductas antisociales, las cuales no reflejan necesariamente un trastorno de personalidad.

El diagnóstico según nivel de gravedad de la depresión se realiza utilizando los Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE-10 (Tabla N° 6).

Tabla N° 6

Crterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE-10*+
A. Criterios generales para episodio depresivo
1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad
C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:
1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
D. Puede haber o no Síndrome Somático (tabla N° 5)

* Adaptado de Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10

+ Obtenido de: Retamal y Cols Documento MINSAL: ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN SEVERA. NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN 2004.

2.1.1 Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B (Tabla N° 6). La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

2.1.2 Episodio depresivo moderado: la persona con un episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un total mínimo de 6 síntomas de la tabla N° 6.

2.1.3 Episodio depresivo grave: las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total (Tabla N° 6). Incluye los episodios depresivos del trastorno bipolar y las depresiones refractarias a tratamiento.

- 2.2. Distimia:** es una alteración crónica del ánimo que dura varios años, y no es suficientemente grave y sus episodios no son lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente en cualquiera de sus formas.

Tabla N° 7

<p>Criterios Diagnósticos para Distimia según CIE-10*</p>
<p>A. Presencia de un período de al menos 2 años de humor depresivo constante, o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de ánimo normal raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía.</p>
<p>B. Ninguno o muy pocos episodios individuales, cuando los hay, debe ser lo suficientemente severo para cumplir los criterios de un trastorno depresivo recurrente leve.</p>
<p>C. Presencia de por lo menos 3 síntomas en algunos de los períodos de depresión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la energía o de la actividad 2. Insomnio 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inseguridad 4. Dificultad para concentrarse 5. Llanto fácil 6. Pérdida de interés o satisfacción por la actividad sexual y otras actividades placenteras 7. Sentimiento de desesperanza o desesperación 8. Percepción de incapacidad para enfrentar las responsabilidades habituales 9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado 10. Aislamiento social 11. Disminución de la locuacidad

* Adaptado de Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10.



4. Intervenciones para la sospecha diagnóstica

Depresión y distimia leves a moderadas:

Preguntas incluidas en la Tabla N° 3. (Recomendación A)

Pesquisa realizada por profesionales de salud durante intervenciones propias de su especialidad. (Recomendación A)

Depresión y distimia severas:

Preguntas incluidas en la Tabla N° 3. (Recomendación A)

Pesquisa realizada por profesionales de salud durante intervenciones propias de su especialidad. (Recomendación A)

5. Intervenciones para confirmación diagnóstica

Depresión y distimia leves a moderadas:

- **Entrevista para diagnóstico clínico utilizando criterios diagnósticos CIE 10:** realizada por médico no especialista. (Recomendación A)
- **Entrevista clínica para diagnóstico psicosocial:** realizada por profesional de salud. (Recomendación A)
- **Exámenes para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos:** hemograma, T4 y TSH; orina completa. Deben ser solicitados de acuerdo con el criterio médico para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos. (Recomendación A)

Depresión y distimia severas:

- **Entrevista clínica utilizando criterios diagnósticos CIE 10:** realizada por Psiquiatra. (Recomendación A)
- **Exámenes para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos:** glicemia; creatinina; perfil hepático; T4 y TSH; orina con sedimento; electrolitos plasmáticos; niveles plasmáticos de fármacos y drogas; electroencefalograma (E.E.G.) estándar y activado HV FE; TAC Cerebro; E.C.G. de reposo. Deben ser solicitados cuando el médico tratante sospeche la presencia de algún trastorno o enfermedad que puedan presentar síntomas depresivos (Recomendación A).



Tabla N° 8

Para todas las personas con depresión	Considerar según las circunstancias clínicas
Hemograma	Electrocardiograma Electroencefalograma
Glicemia	Screening de Drogas
Nitrógeno ureico	Perfil lipídico
Creatininemia	TAC de cerebro
T4 libre	Detección de VIH
TSH	Test de embarazo
Examen de orina completo	Electrolitos plasmáticos
Pruebas hepáticas	Test psicológicos (WAIS, Bender BIP, Rorschach)

- **Evaluación psicológica y/o psicodiagnóstico:** realizado por psicólogo clínico. Debe ser solicitado de acuerdo con el criterio clínico. EA
- **Evaluación integral por equipo de salud mental:** que puede incluir evaluación por Terapeuta Ocupacional, Enfermera y/o Asistente Social según requerimientos. EA

2.3 Síntomas depresivos en otras enfermedades orgánicas y trastornos mentales

- Existen muchas enfermedades y trastornos de origen somático que presentan síntomas depresivos. Las enfermedades asociadas con más frecuencia son: enfermedades endocrinas tales como el hipotiroidismo y la diabetes, neoplasias; mesenquimopatías, enfermedades infecciosas virales y bacterianas. Estas enfermedades deben ser consideradas y descartadas de acuerdo con el criterio clínico del médico.
- Además de los Trastornos del Humor objeto de esta guía, existen otros trastornos psiquiátricos incluidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades que presentan síntomas depresivos. Dentro de los trastornos de ocurrencia más frecuente se encuentran el Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) y los Trastornos de adaptación (F43.2)

6. Intervenciones para el tratamiento de casos confirmados

Adherencia a tratamiento

En el marco de la relación terapéutica deben reducirse al máximo las barreras que pueden impedir el éxito del tratamiento. En este sentido, la baja adherencia y el abandono son dos de los principales factores de fracaso; por lo tanto, es necesario implementar intervenciones orientadas a aumentar la adherencia al tratamiento.

Las intervenciones que se desarrollen dependerán de los factores asociados a una mayor probabilidad de abandono, entre los cuales se encuentran*:

- Una condición socio-económica y/o una cantidad de demandas y tareas domésticas que limitan la posibilidad de acudir a los controles.

* *Dr. Rubén Alvarado M. Investigador Principal, EVALUACIÓN DEL "PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA" DEL MINISTERIO DE SALUD. Análisis de una cohorte de personas ingresadas al programa. Octubre de 2004.*

- Baja participación en organizaciones sociales lo que incidiría en el nivel de habilidades sociales para las relaciones con grupos e instituciones.
- Baja intensidad del cuadro clínico (baja puntuación en el IDB, menor intensidad de síntomas ansiosos y mejor autoevaluación del cuadro clínico).

Entre las estrategias para mejorar la adherencia y disminuir el abandono se consideran las siguientes:

- Programas de psicoeducación estándar para la persona y su familia, con esquemas flexibles para quienes no puedan o no quieran asistir a actividades grupales.
- Seguimiento y controles telefónicos.
- Visitas en el domicilio.
- Grupos de autoayuda, que pudiesen ser organizados por monitoras que han sufrido o padecen la enfermedad, manteniendo el apoyo de un profesional del equipo tratante.
- Contar con material impreso para entregar a las personas en tratamiento y su familia.
- Integración de un familiar u otro significativo afectivo a los controles.
- La educación y entrega de información con respecto a los trastornos depresivos es, sin duda, una de las estrategias centrales del tratamiento. Independientemente de la metodología empleada, la persona en tratamiento y su familia debe recibir educación e información en los siguientes aspectos, como mínimo:
 - En qué consiste la depresión, características de la enfermedad, sintomatología, tratamientos disponibles, pronóstico. Esto permite generar expectativas adecuadas en la persona con depresión a la vez que le posibilita identificar los cambios en sus estados emocionales y cuándo debe solicitar ayuda por eso.
 - El tiempo mínimo que debe tomar los medicamentos, tanto en la fase inicial de instalación del fármaco, como en la fase de mantención posterior a la remisión de los síntomas, con la finalidad de asegurar el resultado y evitar una recaída.
 - Los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico, cómo reconocerlos, cuándo consultar si se presentan, cómo manejarlos.

Es conveniente repetir algunos de los contenidos educativos e informativos en cada control, adecuándolos a las características de la persona y de su tratamiento.

Consultoría de salud mental

En la experiencia desarrollada por el Programa Nacional de la Depresión, la consultoría ha demostrado ser una de las prestaciones de mayor costo- efectividad para el diagnóstico y tratamiento de personas con depresión.

La consultoría es un encuentro de trabajo programado, regular y continuo, que reúne al equipo de salud general con el equipo de especialidad, con los objetivos de:

- Aumentar la capacidad resolutoria del equipo de salud general
- Articular la red, asegurando la continuidad e integralidad de la atención



3.1. Depresión y distimia leves a moderadas:

3.1.1. *Tratamiento integral*

El tratamiento de personas con depresión y/o distimia leve a moderada se basa en dos ejes principales que son complementarios y no excluyentes:

- Intervención psicosocial (individual y/o grupal)
- farmacoterapia

Los objetivos que deben alcanzarse con el tratamiento son:

- Reducir y/o eliminar todos los signos y síntomas del trastorno depresivo
- Reestablecer el funcionamiento psicosocial, laboral o vocacional al nivel premórbido
- Minimizar las posibilidades de recaídas

Para alcanzar estos objetivos, es fundamental que la evaluación diagnóstica incluya todos los aspectos de la persona. Se recomienda comenzar explorando los aspectos físicos (pérdida de apetito y/o peso, insomnio, falta de energía, etc.) para luego continuar con la exploración de aspectos emocionales y la situación de vida actual.

En muchos casos, la aparición de síntomas depresivos está asociada a situaciones negativas de la vida cotidiana que causa aflicción o estrés. En este sentido, especial asociación se ha detectado en mujeres que viven situaciones de violencia intrafamiliar. En estos casos, para lograr efectividad en el tratamiento, las intervenciones deben incorporar estas situaciones de vida.

Las personas con depresión que presentan síntomas de baja intensidad y que mantienen, aun con dificultad, sus actividades sociales y laborales, en general responderán positivamente al tratamiento sólo con intervenciones psicosociales individuales o grupales. En todo caso, las evaluaciones periódicas permitirán redefinir la necesidad de complementar con tratamiento farmacológico en cualquier momento.

Cuando las personas con depresión presentan síntomas intensos y perturbadores y gran dificultad para mantener su nivel de actividad social o laboral, se recomienda iniciar tratamiento con fármacos antidepresivos y apoyo psicosocial individual y/o grupal.

En general, una dificultad importante que presentan las personas con depresión es su escasa participación y apoyo social. Esto sumado a la evidencia que el soporte y apoyo social reducen el riesgo de aparición del trastorno depresivo y disminuyen sus efectos negativos cuando se presentan, fundamenta la necesidad de incluir dentro de las estrategias de intervención, la creación y apoyo a grupos de autoayuda e incentivar la incorporación en ellos de las personas en tratamiento.



Intervenciones según Grado de Evidencia

a) Intervención psicosocial individual o grupal:

Intervenciones psicosociales de orientación cognitiva conductual y conductual u orientada a la resolución de problemas incluida la consejería han demostrado ser efectivas en el tratamiento de la depresión leve a moderada. Los resultados a largo plazo muestran una respuesta similar al uso de antidepresivos, (Recomendación B) (11).

En adolescentes las intervenciones psicosociales individuales y grupales incluida consejería, han demostrado ser efectivas, (Recomendación A) (4, 41).

b) Grupos de Autoayuda:

Grupos de autoayuda guiados por voluntarios sin entrenamiento han demostrado ser efectivos en aumentar la tasa de remisión de los síntomas depresivos. No se encontraron diferencias significativas con grupos guiados por profesionales. (Recomendación A) (19).

c) Farmacoterapia

- **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):** no existen diferencias importantes en la acción antidepresiva de los diferentes ISRS. Dosis recomendadas de los fármacos más usados: Fluoxetina, 20 a 60 mgrs diarios; Sertralina, 50 a 100 mgrs diarios; Paroxetina, 20 a 40 mgrs diarios; Citalopram, 20 a 40 mgrs diarios. (Recomendación A) (2,7,21,24).

En adolescentes se recomienda Fluoxetina en dosis inicial de 10 mgrs diarios; se puede aumentar gradualmente la dosis desde la tercera semana de tratamiento pudiendo llegar hasta 40 mgrs al día (Recomendación A) (40).

- **Antidepresivos tricíclicos:** se recomienda **no usar** Tricíclicos por mayor riesgo de reacciones adversas y complicaciones graves en sobredosis (Recomendación A) (24).

- **Ansiolíticos:** el uso de ansiolíticos de la familia de las benzodiazepinas se recomienda en personas con síntomas de ansiedad importantes y/o con trastornos del sueño. Evaluar riesgo de dependencia con el uso a largo plazo. (Recomendación A) (20).

3.2. Depresión y distimia severas:

Las personas que no han respondido al tratamiento de una depresión leve, a pesar de haberse ajustado las dosis, así como aquellas personas que presentan una depresión grave deben ser derivadas necesariamente para tratamiento por especialista.

Se considera que una persona tiene una depresión refractaria o resistente a tratamiento cuando no ha respondido a un tratamiento adecuado, por el tiempo mínimo asignado y con buena adherencia al tratamiento.

Se considera que las personas tienen una depresión severa cuando a los síntomas del cuadro depresivo se agregan las siguientes condiciones: riesgo o intento suicida, síntomas psicóticos, o aparece un episodio depresivo dentro del curso de un trastorno afectivo bipolar. (Algoritmo 3).

3.2.1 *Consideraciones generales para el tratamiento de personas con depresión severa o refractaria*

El tratamiento de la depresión debe desarrollarse en el contexto de la relación médico–usuario que lleva a obtener una adecuada alianza terapéutica. Debe integrar el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y otras intervenciones psicosociales.

Cuando se ha iniciado el tratamiento, algunos síntomas pueden mejorar desde la primera semana, pero en la mayor parte de las personas, se requieren 2 a 4 semanas para una mejoría notoria.

Cuando las personas presentan síntomas ansiosos e insomnio pueden emplearse benzodiazepinas, disminuyendo gradualmente su uso a medida que la persona mejora. Es necesario tomar en cuenta a aquellas personas con antecedentes de abuso a benzodiazepinas y otras sustancias.

La mayoría de los antidepresivos disponibles tienen eficacia comparable. Alrededor del 65% de las personas con depresión mejoran al recibir antidepresivos comparados con el 30% si son tratados con placebo. La elección del fármaco depende de la comorbilidad psiquiátrica, pero sobre todo somática, el perfil de efectos colaterales, la historia de respuesta previa individual y familiar y el subtipo de depresión (47). No es adecuado considerar que no existe respuesta a un fármaco sin haber mantenido el tratamiento por 3 a 4 semanas con dosis elevadas.

En el caso de personas que presenten un cuadro depresivo con síntomas psicóticos debe considerarse la hospitalización de manera más precoz, dependiendo de la presencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o médicos; y la presencia de ideación o intento suicida. El tratamiento farmacológico considera el uso de antipsicóticos desde el inicio. El uso de neurolépticos atípicos se justifica por su menor cantidad de efectos adversos en comparación con los antipsicóticos clásicos.

7. Tratamiento farmacológico:

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):

Dosis recomendadas: Fluoxetina, 20 a 80 mgrs diarios; Paroxetina, 20 a 80 mgrs diarios; Citalopram, 20 a 60 mgrs diarios; Sertralina, 50 a 200 mgrs diarios. (Recomendación A) (2,7,21,24).

Para la depresión bipolar se recomienda el uso de ISRSs. (Recomendación A) (23)

Para adolescentes se recomienda Fluoxetina de 20 a 80 mgrs diarios. (Recomendación A) (40, 42).

Venlafaxina:

Similar efecto que los antidepresivos tricíclicos, excepto la imipramina que presenta menor efecto que la venlafaxina. Menor cantidad de efectos adversos a medicamentos que los tricíclicos. (Recomendación A).

Lamotrigina:

No existen evidencias de efectividad como coadyuvante del tratamiento de los episodios depresivos monopulares. (Recomendación A). (12, 45).

Lamotrigina es efectiva en el tratamiento de episodios depresivos de los Trastornos Bipolares. (Recomendación A) (8, 14).

Bupropión:

Similar efectividad que la paroxetina sertralina y tricíclicos en el tratamiento de la depresión. (Recomendación A) (17, 22, 30).

Sales de Litio:

Son recomendadas como terapia coadyuvante en los trastornos depresivos que no responden a tratamiento con antidepresivos. Niveles plasmáticos entre 0,8 a 1,2 mmol/ltr. (Recomendación A) (5, 6).

Ácido Valproico:

El uso de este fármaco es recomendado para el tratamiento de las depresiones bipolares (Recomendación A) (18, 57)

Hormona Tiroidea:

La liotironina o triyodotironina, ha probado que cuando se combina con antidepresivos mejora aquellas personas que no tienen un hipotiroidismo. La levotiroxina no parece tener el mismo efecto. No se ha demostrado utilidad en adolescentes (Recomendación A) (3, 29)

Antipsicóticos:

Existe evidencia limitada de que el Haloperidol asociado a un antidepresivo sea efectivo para la depresión con síntomas psicóticos y el trastorno esquizoafectivo con síntomas depresivos. (Recomendación A) (27, 44, 55, 56).

También existe evidencia limitada que la Risperidona sea efectiva en la depresión con síntomas psicóticos, la depresión bipolar y el trastorno esquizoafectivo. (Recomendación B) (27, 44, 51).

Ansiolíticos:

El uso de ansiolíticos de la familia de las benzodiazepinas se recomienda en personas con síntomas de ansiedad importantes y/o con trastornos del sueño. Evaluar riesgo de dependencia con el uso a largo plazo. (Recomendación A) (20).

TABLA N° 9

Dosis y Efectos Adversos de Fármacos para el Tratamiento de la Depresión		
Fármacos	Dosis (mg/día)	Efectos adversos
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS		
Amitriptilina	150-300	Sequedad de boca, hipotensión ortostática, trastornos de acomodación, midriasis, taquicardia, palpitaciones, sudoración, fatiga, somnolencia, retención urinaria, alteraciones de la eyaculación, temblor, insomnio, rigidez, náuseas, vómitos, cefalea, sialorrea, mareos, miosis, bradicardia, anhidrosis, calofríos, inquietud.
Imipramina	150-300	
ISRS		
Fluoxetina	10-80	Cefalea, náuseas, diarrea, ansiedad, insomnio, sedación, crisis de pánico, hiponatremia, apatía, galactorrea, erupción cutánea, disminución de la libido, impotencia.
Paroxetina	20-50	
Sertralina	50-200	
OTROS		
Litio	300-1200	Poliuria, polidipsia, temblor, alteraciones de memoria, diarrea, náuseas, aumento de peso, hipotiroidismo, acné, psoriasis, vómitos, teratogenicidad.
Venlafaxina	75-375	Náuseas, agitación, insomnio, cefalea, disfunción sexual, hipertensión arterial leve.
Bupropión	150-450	Hiperactividad, insomnio, náuseas, convulsiones.
Ácido valproico	500-1500	Sedación, aumento de peso, caída de cabello, malformaciones del tubo neural, ovario poliquístico, hiperandrogenismo, resistencia a insulina.
Carbamazepina	200-1600	Sedación, malformaciones del tubo neural, alteraciones hematológicas, rash cutáneo.
Lamotrigina	50-500	Cefalea, náuseas, mareos, temblor, somnolencia, sequedad de boca, rash cutáneo.
Risperidona	2-6	Cefalea, somnolencia, inquietud, constipación, rigidez, aumento de peso, hiperlipidemia, hiperprolactinemia.
Haloperidol	2-20	Inquietud, acatisia, rigidez, temblor, apatía, diskinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno.

TABLA N° 10

Contraindicaciones de los Antidepresivos Tricíclicos	
Relativas	Absolutas
Hipertrofia de próstata Cardiopatía y arritmias Glaucoma Epilepsia Insuficiencia hepática Insuficiencia renal Embarazo primer trimestre y lactancia Toxicidad en sobredosis Demencia	Retención urinaria Infarto agudo al miocardio Estenosis pilórica

TABLA N° 11

Síntomas del Síndrome de Interrupción de ISRS	
Síntomas físicos	Síntomas psicológicos
Mialgias Fatiga Calofríos Mareos Parestesias (sensación descarga eléctrica)	Irritabilidad Ansiedad Agitación Labilidad emocional Hiperactividad Despersonalización Enlentecimiento

TABLA N° 12

Síntomas de Intoxicación por Litio		
Intoxicación leve (LITEMIA 1,2-2,0 Meq/l)	Intoxicación moderada (LITEMIA 2,0 - 2,5 Meq/l)	Intoxicación severa (LITEMIA > 2,5 Meq/l)
Dolor abdominal Sequedad de la boca Ataxia Temblor Disartria Letargia Debilidad muscular Náuseas, vómitos	Náuseas, vómitos Visión borrosa Temblores Hiperreflexia Convulsiones Delirio Estupor	Convulsiones Insuficiencia renal Oliguria Coma Muerte

TABLA N° 13

Manejo Preventivo para Evitar Rash Cutáneo por Lamotrigina
a) Dosificación gGradual: <ul style="list-style-type: none">- Inicio 25 mg día primera semana- Aumentar 25 mg por semana- Completar 200 (300 mg) día.
b) Evitar combinación con ácido valproico
c) Signos de lesión cutánea en desarrollo: <ul style="list-style-type: none">- Fiebre, malestar general- Rash difuso y confluyente- Rash facial con edema- Irritación labios, boca y ojos (“arena en los ojos”)- Adenopatía cervical
d) Frente al rash, suspender Lamotrigina



3.2.3. Consideraciones generales sobre conductas a seguir con personas con ideación o intento suicida (Algoritmos 5 y 6).

En una persona que manifiesta ideación suicida es importante valorar el grado de permanencia de la idea por sobre la frecuencia. A mayor permanencia, mayor riesgo.

Tabla N° 14

Factores de Riesgo de Intento Suicida en Personas con Depresión
<ul style="list-style-type: none"> - Edad (mayor de 45 años) - Sexo masculino (5-6 hombres por cada 1 mujer se suicidan) - Trastornos psiquiátricos concomitantes - Eventos vitales tempranos traumáticos - Conducta suicida familiar - Intento o ideación suicida previa - Estrés vital - Bajo apoyo social - Disfunciones psicológicas (coexistencia de trastornos cognitivos)

El intento de suicidio es el principal factor de riesgo suicida en depresión, el que eleva en 40 veces la posibilidad de morir por un acto suicida. Se considera que un intento suicida es severo cuando existe:

1. Presencia de método de elevada letalidad (intento de ahorcamiento, uso de arma de fuego, gas o venenos, salto desde altura).
2. Alta intención suicida (premeditación, búsqueda de aislamiento o soledad, búsqueda de la muerte, ocultamiento o negación del intento).

Tabla N° 15

Factores de Riesgo de Suicidio en Personas con Depresión
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad severa - Desesperanza - Anhedonia - Antecedentes de intentos de suicidio anteriores - Antecedentes de suicidio en la familia - Comorbilidad con el Eje II - Impulsividad - Pérdida reciente de personas significativas

La ideación suicida debe pesquisarse precozmente en la depresión mayor y un objetivo principal es disminuir la potencialidad suicida. Una medida terapéutica útil es la hospitalización. Las indicaciones sugeridas están en la Tabla N° 10. En los cuadros de intensidad moderada es posible el tratamiento en régimen ambulatorio, controlando al usuario en forma frecuente. Independientemente del lugar donde se realiza el manejo, la persona afectada debe recibir tratamiento para el tipo de depresión de acuerdo con el algoritmo correspondiente (47).

Tabla N° 16**Indicaciones de Hospitalización en Personas con Riesgo de Suicidio**

- Elevada intención suicida
- Ideación suicida severa con intentos de suicidio con alta letalidad y/o utilización de método violento (ahorcamiento, arma de fuego, etc.)
- Intento de suicidio ampliado con homicidio de hijos y cónyuge, pacto suicida
- Uso de más de un método simultáneamente
- Intentos suicidas repetidos en lapso más bien breve
- Motivación altruista
- Ideación suicida post intento, con reafirmación y/o decepción frente a la sobrevivida
- Rechazo de ayuda
- Imposibilidad de establecer una alianza terapéutica
- Escasa red de apoyo psicosocial

3.2.4. Consideraciones generales sobre el tratamiento de personas con depresión bipolar (Algoritmo 7).

Para el tratamiento personas con depresión bipolar, se recomienda optimizar las dosis del estabilizador del ánimo, o iniciar tratamiento con estabilizador del ánimo cuando se diagnostica por primera vez.

Si no se obtiene respuesta, además deberá indicarse un antidepresivo. Se propone iniciar con el uso de ISRS por el menor riesgo de cambio rápido a manía.

Si la respuesta es negativa puede cambiarse el antidepresivo a otros con mecanismo de acción diferente. Cuando no existe una respuesta adecuada se sugiere agregar un segundo estabilizador del ánimo.

Si a pesar de estas medidas la persona continúa sin mejoría se sugiere agregar hormona tiroidea y antipsicóticos de manera secuencial.

Finalmente frente a la no respuesta a las medidas anteriores está indicado el uso de terapia electroconvulsiva.

En el caso de que la persona presente un episodio depresivo bipolar con psicosis se recomienda iniciar tratamiento con un antipsicótico.



8. Psicoterapia

Las terapias psicológicas son efectivas en el tratamiento de la depresión: la terapia cognitivo conductual y la terapia conductual son efectivas en el control de los síntomas de depresivos. La terapia interpersonal no tiene revisión sistemática; aunque es catalogada como de efectividad bien establecida. La terapia de orientación psicoanalítica breve o terapia focal de orientación psicoanalítica es categorizada dentro de las terapias probablemente eficaces para la depresión monopolar y, como efectiva para las depresiones bipolares. (Recomendación A) (15).

En adolescentes la terapia conductual es efectiva en el tratamiento de la depresión. (Recomendación A) (41, 48).

Tabla N° 17

Guía para la Selección de una Psicoterapia Apropiaada

Objetivo Primario	Psicoterapia Recomendada
Remoción de Síntomas	Psicoterapia Cognitivo-Conductual, Psicoterapia Conductual y Psicoterapia Interpersonal
Restauración del funcionamiento normal psicológico y ocupacional	Manejo de caso; Psicoterapia Cognitivo-Conductual; terapia ocupacional, conyugal o familiar; psicoeducación
Prevención de recaídas o recurrencia	Terapia de "mantención" (Terapia Cognitivo-Conductual e Interpersonal)
Corrección de problemas psicológicos "causales" con resolución secundaria de síntomas	Terapia Cognitivo-Conductual, Interpersonal; dinámica breve, otras
Aumentar la adherencia a la medicación	Manejo de caso; Cognitivo-Conductual; otras técnicas psicoeducativas
Corrección de consecuencias secundarias al trastorno depresivo (ej. Problemas conyugales, baja autoestima, etc.)	Terapia ocupacional; terapia Cognitivo-Conductual; familiar; interpersonal; otras terapias centradas en problemas específicos

Adaptado de Tabla 10. Major depressive Disorder in Primary care: volumen "Treatment of Major Depressive Disorder". Agency of Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1993.

3.2.6. Tratamiento electroconvulsivante:

Se recomienda para la depresión severa resistente a tratamiento en adultos y adolescentes, según Norma Técnica del Ministerio de Salud. (Recomendación A) (28, 46, 51, 53).

9. Consideraciones Especiales para el Tratamiento de Adultos Mayores con Depresión*

De acuerdo con los criterios diagnósticos más usados, la prevalencia de la Depresión en los Adultos Mayores (AM) no es diferente a los otros grupos etarios, no obstante durante el envejecimiento, los síntomas depresivos leves son más frecuentes, y las formas de presentación pueden parecer muy diferentes.

El envejecimiento, al disminuir nuestras capacidades de reserva, disminuye también la resistencia individual interna, determinando que algunos Adultos mayores sean más vulnerables a las agresiones del medio externo y/o no logren adaptarse adecuadamente a las diversas exigencias del entorno, lo que puede a veces enfrentarlos a situaciones de gravedad extrema, desde la insatisfacción de las Necesidades Básicas –fisiológicas, de seguridad, de afecto, de pertenencia– hasta las pérdidas simbólicas y reales de seres y objetos significativos.

Desde la perspectiva de la Biología, se considera que la Depresión puede desencadenarse por diversas causas fisiológicas, siendo la más investigada la disminución de los neurotransmisores, en lo cual tendrían especial participación la Noradrenalina y Serotonina. Esto determinaría una predisposición de base biológica a la Depresión.

Además, la Depresión también se puede presentar asociada a otras enfermedades –especialmente de curso crónico– y a uso de medicamentos, por lo que los AM en general, tienden a subestimar o negar los síntomas. Por ello frecuentemente los hallazgos clínicos no orientan al diagnóstico e incluso los Test pueden resultar negativos para problemas emocionales existentes.

4.1. Factores de riesgo de depresión en el adulto mayor:

- Envejecimiento cerebral: predispone a un déficit de los neurotransmisores por una disminución en su síntesis y al aumento de su degradación. Por otra parte, la pérdida neuronal, determina una disminución en el número de los receptores de ellos.
- Cambios internos: el envejecimiento determina una mayor lentitud para adaptarse a los cambios, al mismo tiempo que una mayor cautela y proceso de reflexión más largo para la toma de decisiones.
- Cambios externos: los acontecimientos vitales de connotación negativa, como la viudez y la pérdida de otros seres queridos, así como la de un rol social reconocido, tener a cargo el cuidado de otro AM, pueden determinar aislamiento o soledad, más aún cuando está ausente una red de apoyo social efectivo.
- Enfermedades frecuentemente asociadas a Depresión: demencia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebro vascular, trastornos endocrinos (hiper e hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes), enfermedades cardiovasculares; cáncer (pulmón, páncreas, cerebro), dolor crónico.

* Extracto del documento MINSAL "Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor", Dr. Juan Jerez Navarrete, Agosto 2004.

- Fármacos que se asocian a Depresión: antihipertensivos, digoxina,; analgésicos; antiinflamatorios; benzodiazepinas; cimetidina y ranitidina; antiparkinsonianos, neurolépticos, antineoplásicos, alcohol.

El AM deprimido no siempre presenta incapacidad de experimentar placer (anhedonia), tristeza y labilidad emocional. No es infrecuente que la Depresión se oculte en manifestaciones físicas exageradas, en cansancio excesivo o síntomas somáticos de difícil diagnóstico y de ansiedad o nerviosismo que pueden llegar a la inquietud y agitación.

En la esfera cognitiva; el pensamiento puede estar enlentecido y aparecer ideas de indignidad y minusvalía, de culpa, de desamparo y de falta de sentido en la vida - llegando a sentir que no tienen nada positivo que ofrecer- e ideas suicidas. También es frecuente la alteración de las funciones; de la atención, de la concentración y de la memoria.

Los cambios motivacionales giran alrededor de la incapacidad para actuar o por el deseo de escapar o evitar el entorno, que se expresa en apatía o indiferencia y en casos más graves en intentos suicidas.

La Depresión puede también alterar el apetito con baja de peso, el sueño (insomnio o somnolencia exagerada), la función digestiva (estreñimiento), la psicomotilidad (enlentecimiento de los movimientos) y sensación de fatiga frente al menor esfuerzo.

4.2. Consideraciones para el tratamiento:

El abordaje terapéutico de la Depresión en el Adulto Mayor se basa en el tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia. Para elegir el antidepresivo a utilizar se debe tener presente:

- Antecedentes de la respuesta al uso previo de antidepresivo por el paciente o familiares
- Factores del psicofármaco
 - Eficacia
 - Perfil de los efectos secundarios adversos
 - Seguridad versus sobredosis
 - Interacción con otros medicamentos



10. Bibliografía

1. Altshuler LL, Bauer M, Frye MA, Gitlin MJ, Mintz J, Szuba MP, Leight KL, Whybrow PC. Does Thyroid Supplementation Accelerate Tricyclic Antidepressant Response? A Review and Meta-Analysis of the Literature. *Am J Psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1617-22.
2. Anderson I. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord*. 2000; 58:19-36.
3. Aronson R, Offman HJ, Joffe RT, Taylor CD. Triiodothyronine Augmentation in the Treatment of Refractory Depression: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:842-848.
4. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, Anderson M, Landon C, Tang L, Wells KB. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Jan 19; 293(3):311-9.
5. Austin MP, Souza FG, Goodwin GM. Lithium augmentation in antidepressant-resistant patients. A quantitative analysis. *Br J Psychiatry*. 1991 Oct;159:510-4.
6. Bauer M, Dopfmer S. Lithium augmentation in treatment-resistant depression: meta-analysis of placebo-controlled studies. *J Clin Psychopharmacol*. 1999 Oct;19(5):427-34.
7. Bech P, Ciadella P, Haugh MC, Birkett MA, Hours A, Tollefson GD. Meta-analysis of randomised trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *Br J Psychiatry* 2000 May; 176:421-8
8. Bowden CL, Mitchell P, Suppes T. Lamotrigine in the treatment of bipolar depression. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1999 Aug;9 Suppl 4:S113-7
9. Bower, P; Rowland, N; Mellor Clark, J; Heywood, P; Godfrey, C; Hardy, R. Effectiveness and cost-effectiveness of counselling in primary care [Review] *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
10. Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, Iyengar S, Johnson BA. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Sep;54(9):877-85.
11. Brown C, Schulberg HC. The efficacy of Psychosocial Treatment in Primary Care. A Review of Randomized Clinical Trials. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 414-424
12. Barbosa L, Berk M, Vorster M. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of augmentation with lamotrigine or placebo in patients concomitantly treated with fluoxetine for resistant major depressive episodes. *J Clin Psychiatry*. 2003 Apr;64(4):403-7
13. Burgess, S; Geddes, J; Hawton, K; Townsend, E; Jamison, K; Goodwin, G. Lithium for maintenance treatment of mood disorders [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
14. Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Ascher JA, Monaghan E, Rudd GD. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. *J Clin Psychiatry*. 1999 Feb; 60(2):79-88.
15. Chambless D, Ollendick TH. Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidencies. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:685-716.
16. Cindy-Lee Dennis. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 2005; 331: 15-23.
17. Croft H, Settle E Jr, Houser T, Batey SR, Donahue RM, Ascher JA. A placebo-controlled comparison of the antidepressant efficacy and effects on sexual functioning of sustained-release bupropion and sertraline. *Clin Ther*. 1999 Apr;21(4):643-58.

18. Davis LL, Bartolucci A, Petty F. Divalproex in the treatment of bipolar depression: a placebo-controlled study. *J Affect Disord.* 2005 Apr; 85(3):259-66.
19. den Boer, PCAM; Wiersma, D; Russo, S; van den Bosch, RJ. Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
20. Furukawa, TA; Streiner, DL; Young, LT Antidepressants and benzodiazepine for major depression [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
21. Geddes, JR; Freemantle, N; Mason, J; Eccles, MP; Boynton, J. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus other antidepressants for depression [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
22. George MS, Lydiard RB. Speed of onset of action of the newer antidepressants--fluoxetine and bupropion. *Int Clin Psychopharmacol.* 1991 Winter;6(4):209-17.
23. Gijssman HJ, Geddes JR, Rendell JM, Nolen WA, Goodwin GM. antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry.* 2004 Sep; 161(9):1537-47.
24. Guaiana, G; Barbui, C; Hotopf, M. Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.,
25. Hoffbrand, S; Howard, L; Crawley, H. Antidepressant treatment for post-natal depression. [Review] *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005
26. Huibers, MJH; Beurskens, AJHM; Bleijenberg, G; Schayck van, CP. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
27. Janicak PG, Keck PE Jr, Davis JM, Kasckow JW, Tugrul K, Dowd SM, Strong J, Sharma RP, Strakowski SM. A double-blind, randomized, prospective evaluation of the efficacy and safety of risperidone versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder. *J Clin psychopharmacol.* 2001 Aug; 21(4):360-8.
28. Janicak PG, Davis JM, Gibbons RD, Ericksen S, Chang S, Gallagher P. Efficacy of ECT: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 1985; 142:3 297-302.
29. Joffe RT, Singer W. A comparison of Triiodothyronine and Thyroxine in the Potentiation of Tricyclic Antidepressants. *Psychiatry Research* 1990; 32: 241-251.
30. Kavoussi RJ, Seagraves RT, Hughes AR, Ascher JA, Johnston JA. Double-blind comparison of bupropion sustained release and sertraline in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry.* 1997 Dec; 58(12):532-7.
31. La Depresión, detección diagnóstico y tratamiento. Guía Clínica para la Atención Primaria. Ministerio de Salud de Chile. Vega J, Muñoz MG, George M, Monreal V.
32. Lima, MS; Hotopf, M. Pharmacotherapy for dysthymia [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
33. Lima, MS; Moncrieff, J. Drugs versus placebo for dysthymia [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.

34. Lotufo-Neto F, Trivedi M, Thase M. Meta-Analysis of the Reversible Inhibitors of Monoamine Oxidase Type A Moclobemide and Brofaromine for the Treatment of Depression. *Neuropsychopharmacology* 1999; 20:226–247.
35. MacGillivray S, Arroll B, Hatcher S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, Williams B, Crombie I. Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 326:1014-1020.
36. Macritchie, K; Geddes, JR; Scott, J; Haslam, D; de Lima, M; Goodwin, G. Valproate for acute mood episodes in bipolar disorder [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
37. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
38. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment* 2001; 5: N°21.
39. Merry, S; McDowell, H; Hetrick, S; Bir, J; Muller, N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
40. MHRA. Selective Serotonine Reuptake Inhibitors (SSRIs): Overview of regulatory status and CSM advice relating to major depressive disorder (MDD) in children and adolescents including a summary of available safety and efficacy data. December 2003.
41. Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic Review. *Clinical Psychology Review* (22) 247-269 2002.
42. Ministerio de Salud Resolución Exenta 380 del Instituto de Salud Pública “Advertencia en los folletos de información al profesional y al paciente de los productos farmacéuticos que contienen antidepressivos, 2005.
43. Moncrieff, J; Wessely, S; Hardy, R Active placebos versus antidepressants for depression,. [Review] *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
44. Muller-Siecheneder F, Muller MJ, Hillert A, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Risperidone versus haloperidol and amitriptyline in the treatment of patients with a combined psychotic and depressive syndrome. *J Clin Psychopharmacol*. 1998 Apr; 18(2):111-20.
45. Normann C, Hummel B, Scharer LO, Horn M, Grunze H, Walden J. Lamotrigine as adjunct to paroxetine in acute depression: a placebo-controlled, double-blind study. *J Clin Psychiatry*. 2002 Apr; 63(4):337-44.
46. Olfson M, Marcus, Sackeim HA, Thompson J, Pincus HA. Use of ECT for the Inpatient Treatment of Recurrent Major Depression. *Am J Psychiatry* 1998; 155:22–29.
47. Protocolo para el Tratamiento de Personas con Depresión Severa. Nivel Secundario de Atención. Ministerio de Salud de Chile. Retamal P., Coordinador, 2004.
48. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Jan;37(1): 26-34.
49. Rey JM, Walter G. Half a Century of ECT Use in Young People. *Am J Psychiatry* 1997; 154:595–602.

50. Smith D, Dempster C, Glamville J, Freemantle N; Anderson I. Efficacy and tolerability of Venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis *Br J Psychiatry* 2002 May; 180:396-404.
51. Shelton RC, Stahl SM. Risperidone and paroxetine given singly and in combination for bipolar depression. *J Clin Psychiatry*. 2004 Dec; 65 (12):1715-9.
52. The UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361:799 –808.
53. Van der Wurff, FB; Stek, ML; Hoogendijk, WL; Beekman, ATF. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
54. Wilson, K, Mottram, P, Sivanranthan, A; Nightingale, A. Antidepressants versus placebo for the depressed elderly [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
55. Wolfersdorf M, Barg T, König F, Leibfarth M, Grunewald I. Paroxetine as antidepressant in combined antidepressant-neuroleptic therapy in delusional depression: observation of clinical use. *Pharmacopsychiatry*. 1995 Mar; 28 (2):56-60.
56. Wolfersdorf M, König F, Straub R. Pharmacotherapy of delusional depression: experience with combinations of antidepressants with the neuroleptics zotepine and haloperidol. *Neuropsychobiology*. 1994; 29 (4):189-93.
57. Young LT, Joffe RT, Robb JC, MacQueen GM, Marriott M, Patelis-Siotis I. Double-blind comparison of addition of a second mood stabilizer versus an antidepressant to an initial mood stabilizer for treatment of patients with bipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2000 Jan; 157 (1):124-6.

Bibliografía sobre la Relevancia del Problema

1. Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, Faria J, Fernandes J, Baxter S, D'Arrigo E. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity, *Br J Psychiatry* 1997; 171:524-529.
2. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and Socio-demographic Correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
3. Kessler RC, Chui WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-month DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 6:617-627.
4. Cumsille P, Martínez ML. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev Chil Pediatr*. 1997; 68(2): 74-77.
5. Eaton W, Kessler L. Rates of Symptoms of Depression in a National Sample. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 528-38.
6. Estudio de Carga de Enfermedad, Informe Final. Ministerio de Salud de Chile. Jefe de Equipo Concha M. 1996.
7. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C. Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 1998; 126:397.
8. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 1995; 123:694-699.
9. Kessler RC, McGonagle KA, Zao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12 Months Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 18-19.

10. La Depresión, detección diagnóstico y tratamiento. Guía Clínica para la Atención Primaria. Ministerio de Salud de Chile. Vega J, Muñoz MG, George M, Monreal V.
11. Lagos X, Navarro N, Illanes E, Bustos L. Prevalencia de síntomas biológicos y psicológicos en mujeres perimenopáusicas, según estrato socioeconómico, en la ciudad de Temuco. Rev Med Chile 1998; 126: 1189-94.
12. Ruiz A, Silva H. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en un Consultorio Externo de Medicina General. Rev Med Chile 1990; 118: 339-45.
13. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Méd Chile 2002; 130: 527-36.
14. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Grenwald S, Hwo H et al. Cross National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. JAMA 1996; 276: 293-9.



Anexo N° 1 Niveles de Evidencia y Grado de Recomendación

Tabla N° 1 Grados de Evidencia¹

Grados Evidencia	Tipo de Diseño de Investigación
Ia	Evidencia obtenida de un meta-análisis de estudios randomizados controlados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio randomizado controlado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado no randomizado
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasiexperimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos, no experimentales tales como estudios comparativos, estudios de correlación y casos - controles
IV	Evidencia obtenida de expertos, reportes de comités, u opinión y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas

¹ (Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001)

Tabla N° 2: Niveles de Recomendación de la Guía Clínica

Grado	Fortaleza de las Recomendaciones
A	Directamente basada en categoría I de evidencia
B	Directamente basada en categoría II de evidencia
C	Directamente basada en categoría III de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II
D	Directamente basada en categoría IV de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II o III



Anexo N°2: Metodología de Elaboración de la Guía Clínica

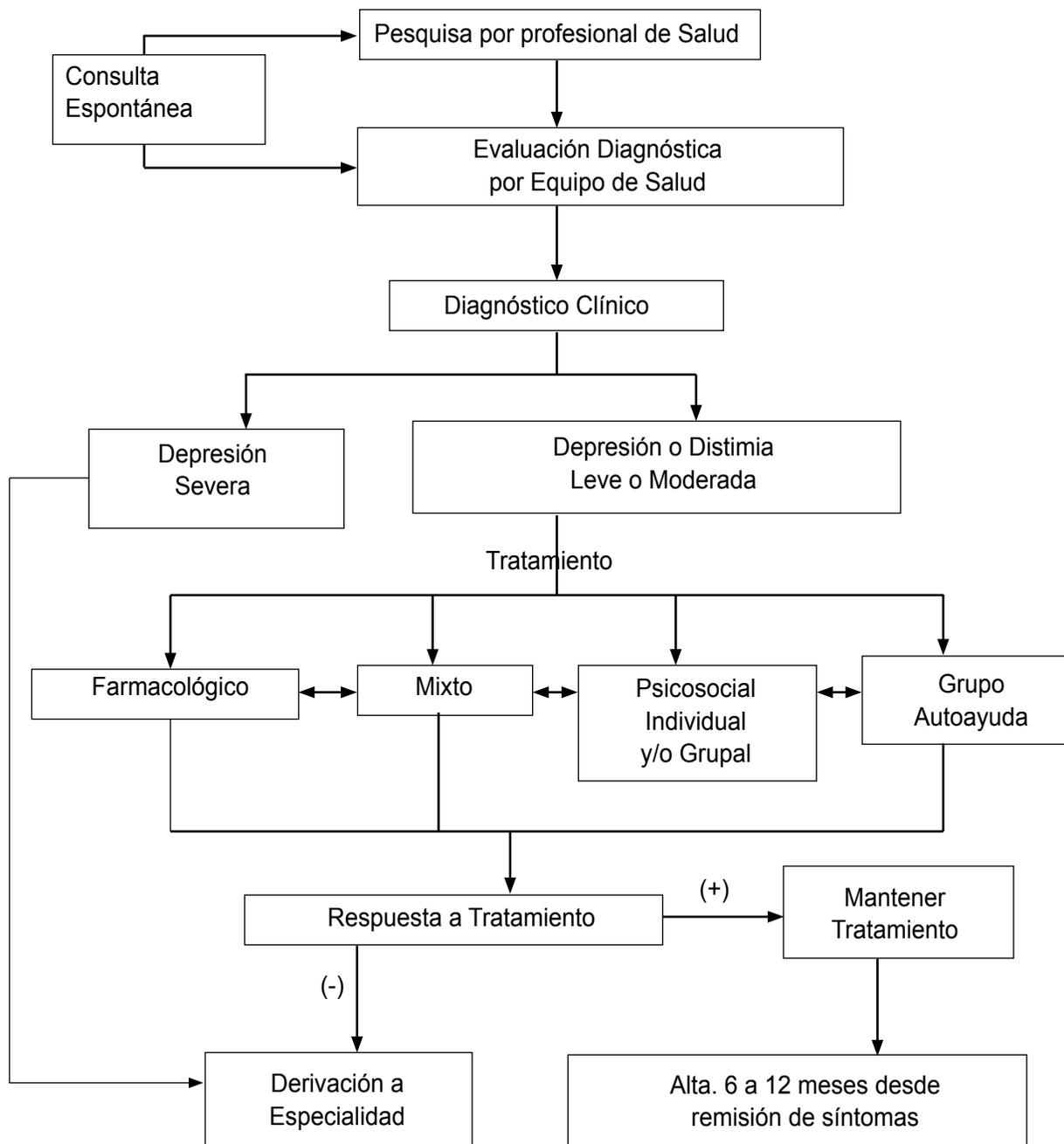
1. Búsqueda sistemática de la literatura: con los temas o preguntas identificados se procedió a la búsqueda sistemática por cada pregunta o tema establecido. Se establecieron los filtros y límites necesarios para cada pregunta:
 - a. Bases de Datos: Medline; LILACS; DARE y Health Tecnology Assesment Database, cuando sea necesario
 - b. Idioma: inglés y español
 - c. Con Resumen (Abstract) disponible
 - d. Guías Clínicas: guías basadas en evidencias
 - e. Relevancia del problema: estudios de corte transversal y cohorte(s) si existen
 - f. Diagnóstico: estudios de corte transversal o cohorte si los hubiere (validación) que incluyan: sensibilidad y especificidad; o valores predictivos; o “likelihood ratios”; o los antecedentes que permitan hacer el cálculo. Se incluyeron aquellos métodos sancionados por el uso como “estándar
 - g. Intervenciones:
 - i. Primer corte: revisiones sistemáticas de ensayos clínicos con análisis estadístico agrupado (meta-análisis), sin análisis estadístico cuando no existan las anteriores.
 - ii. Segundo corte: eEnsayos clínicos aleatorizados
 - iii. Tercer corte: estudios analíticos observacionales
 - h. Seguimiento: cohortes y estudios experimentales si existen
2. Selección de los artículos para las intervenciones: se obtuvieron los resúmenes de los trabajos que aparecieron como resultado de la búsqueda sistemática, se procedió a la primera selección descartando aquellos no pertinentes a la pregunta. Se seleccionaron aquellos pertinentes para la evaluación crítica de la literatura. En el caso de las intervenciones se procedió revisando en primer lugar los artículos de revisiones sistemáticas. Solo en caso de no existir artículos metodológicamente adecuados, se continuó con los ensayos clínicos. Se utilizaron informes de tecnología actualizados basados en revisiones de ensayos clínicos.
3. Lectura crítica y resumen de artículos: se procedió a la evaluación crítica de los artículos de acuerdo con normas internacionales (JAMA). Se completó una ficha por cada artículo revisado constituida por un listado de revisión de los aspectos metodológicos importantes; y un breve resumen con población blanco; desenlace principal y secundarios y las mediciones estadísticas incluyendo p y/o IC. Para las guías clínicas seleccionadas se utilizó como instrumento de análisis el AGREE.
4. Síntesis de la Evidencia: se utilizó el formato provisto por el ministerio para el listado de intervenciones incluidas en la revisión; para la síntesis de cada artículo; para síntesis de la evidencia para cada pregunta o intervención. En aquellos casos de conductas adecuadas aceptados por la práctica clínica se establecieron con “estándar de atención” (EA).



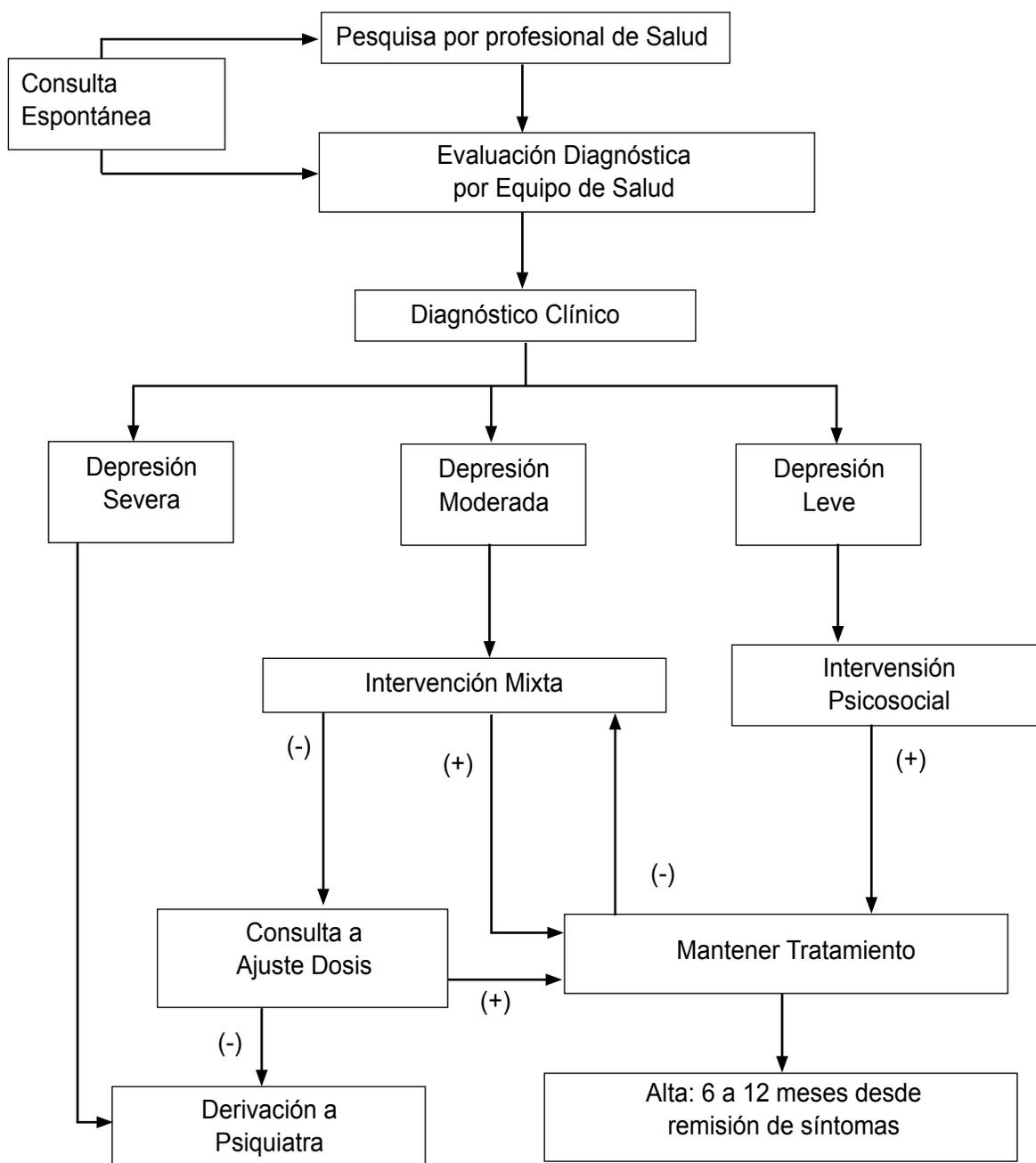
5. A fin de llegar a consenso de los expertos nacionales; se mantuvieron reuniones de trabajo con integrantes de la sociedad Chilena de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría; la Sociedad Chilena de Salud Mental y la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.
6. Se construyeron algoritmos de Diagnóstico y de Conductas para los diferentes aspectos del problema de salud.



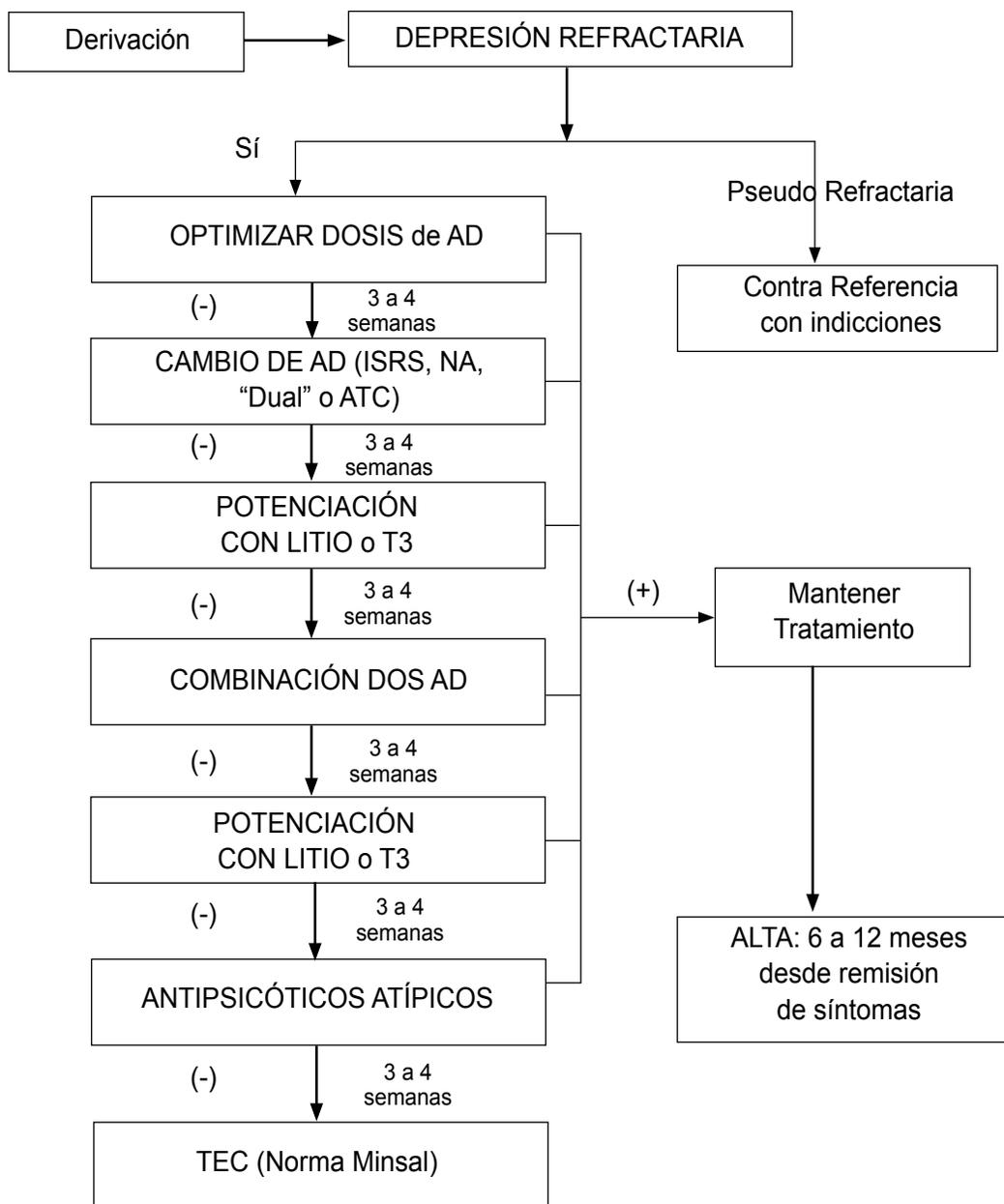
ALGORITMO 1.
TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN Y DISTIMIA LEVE O MODERADA



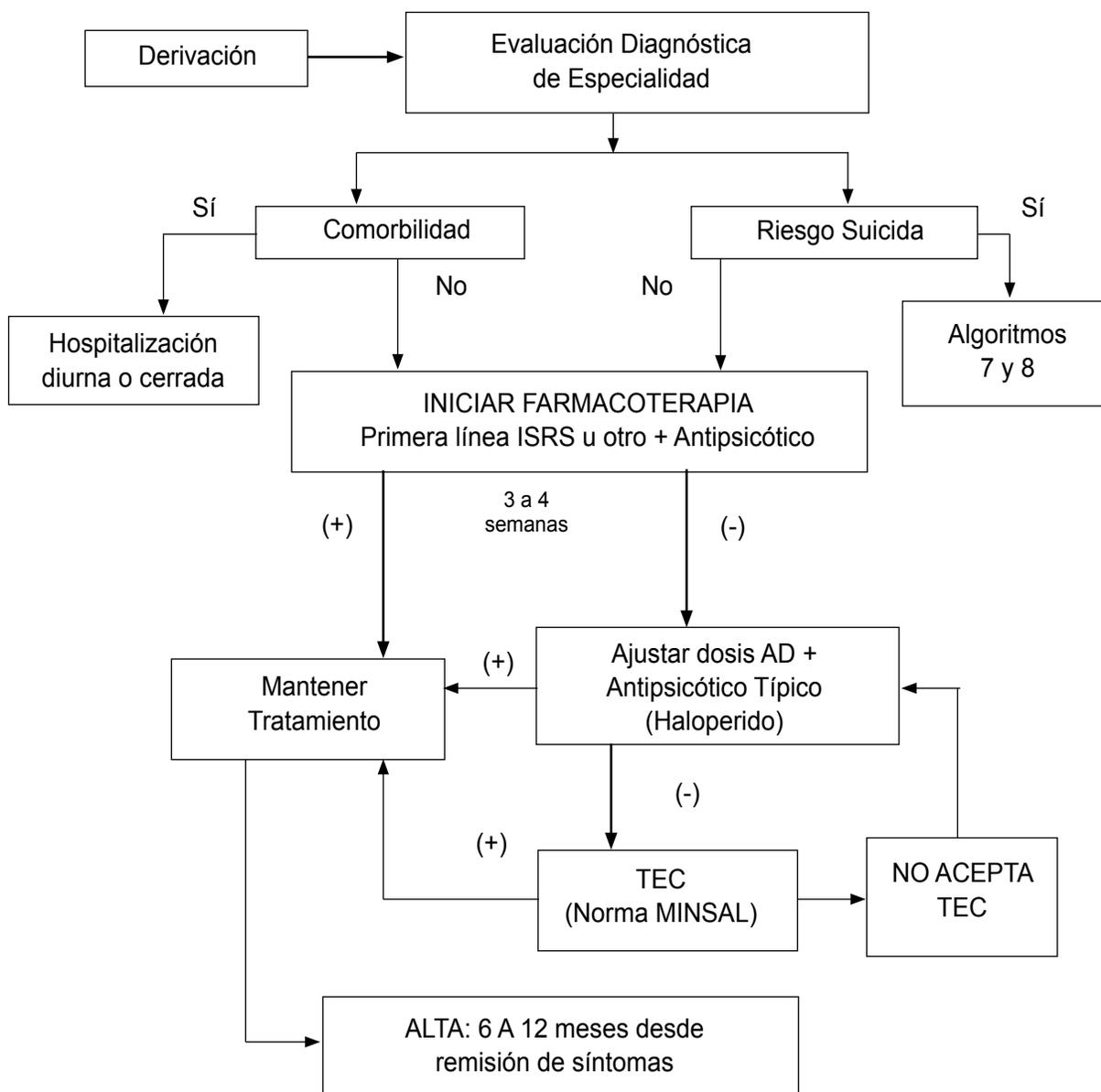
ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN LEVE A MODERADA



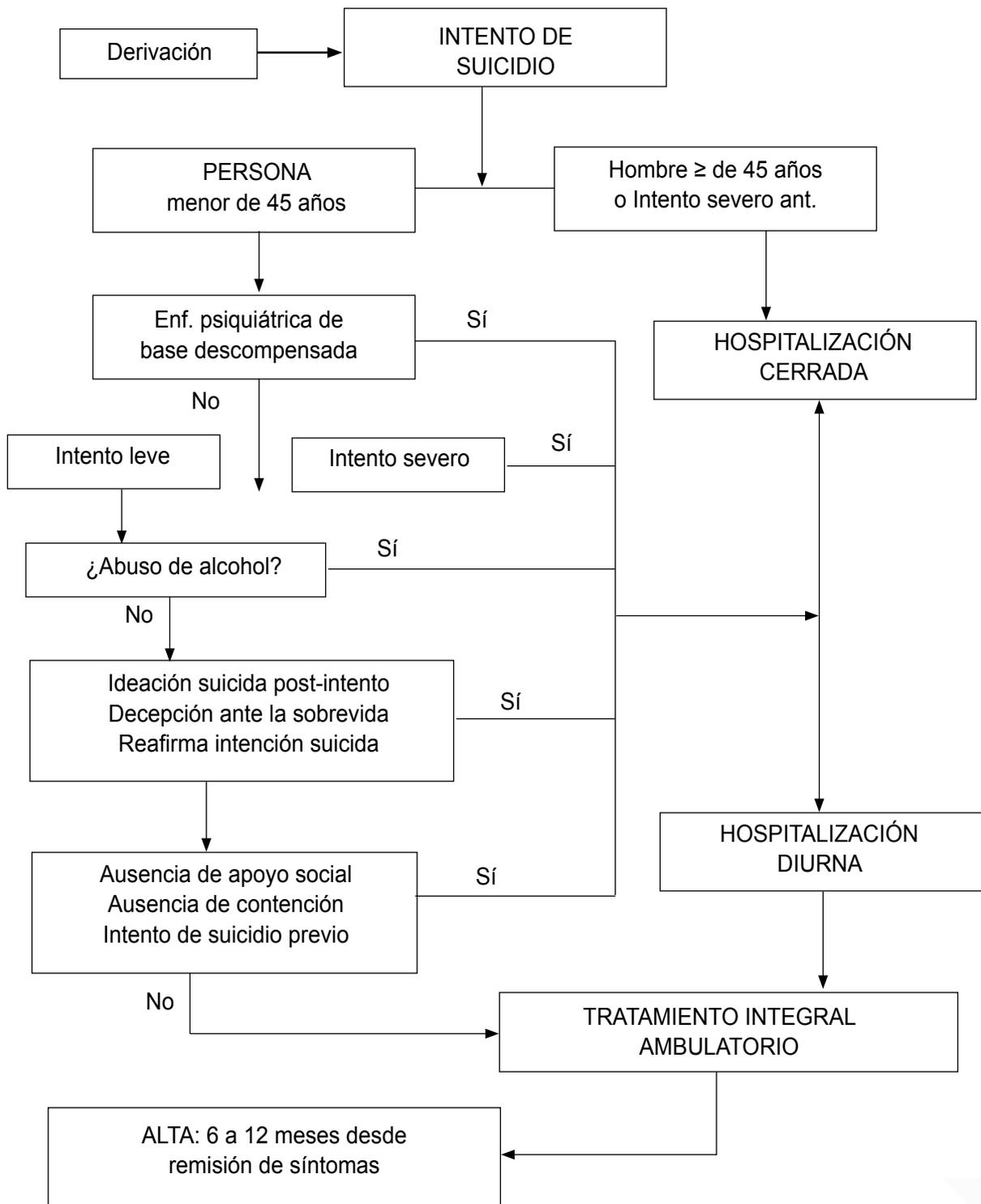
ALGORITMO 3.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN
REFRACTARIA A TRATAMIENTO Y DERIVADAS A ESPECIALIDAD



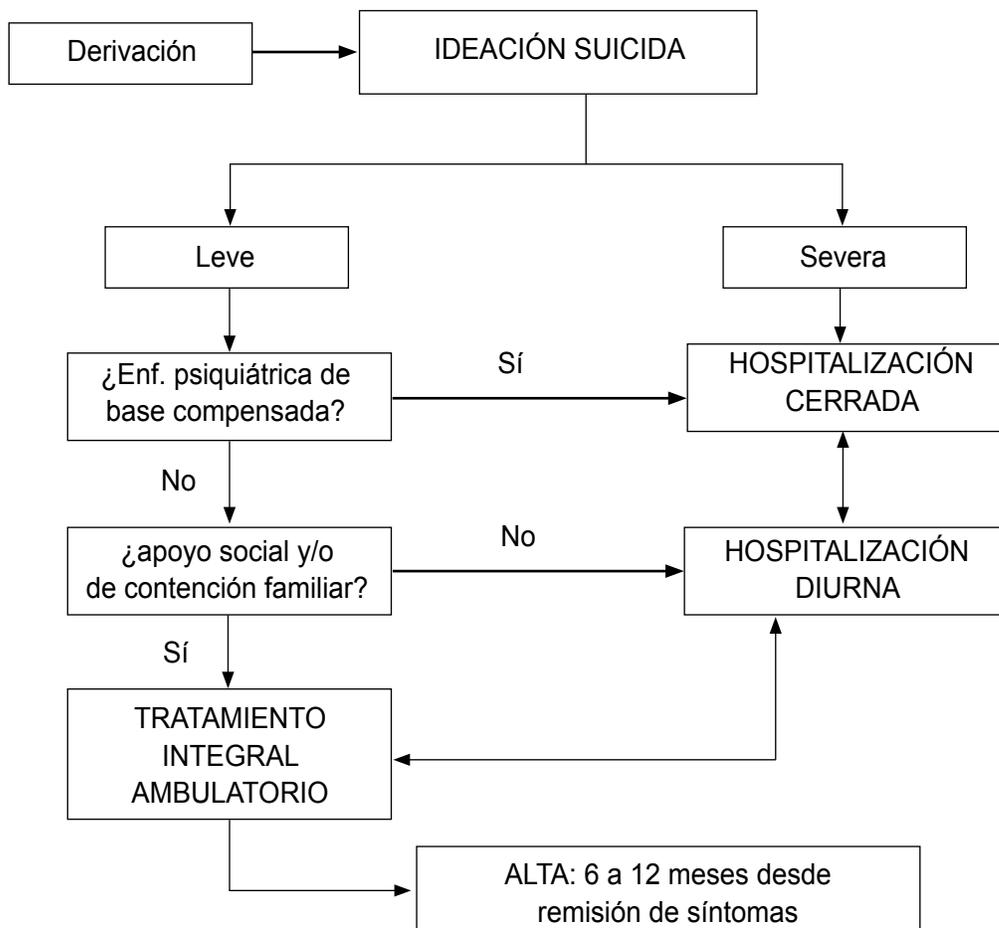
ALGORITMO 4. MANEJO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON EPISODIO DEPRESIVO CON PSICOSIS



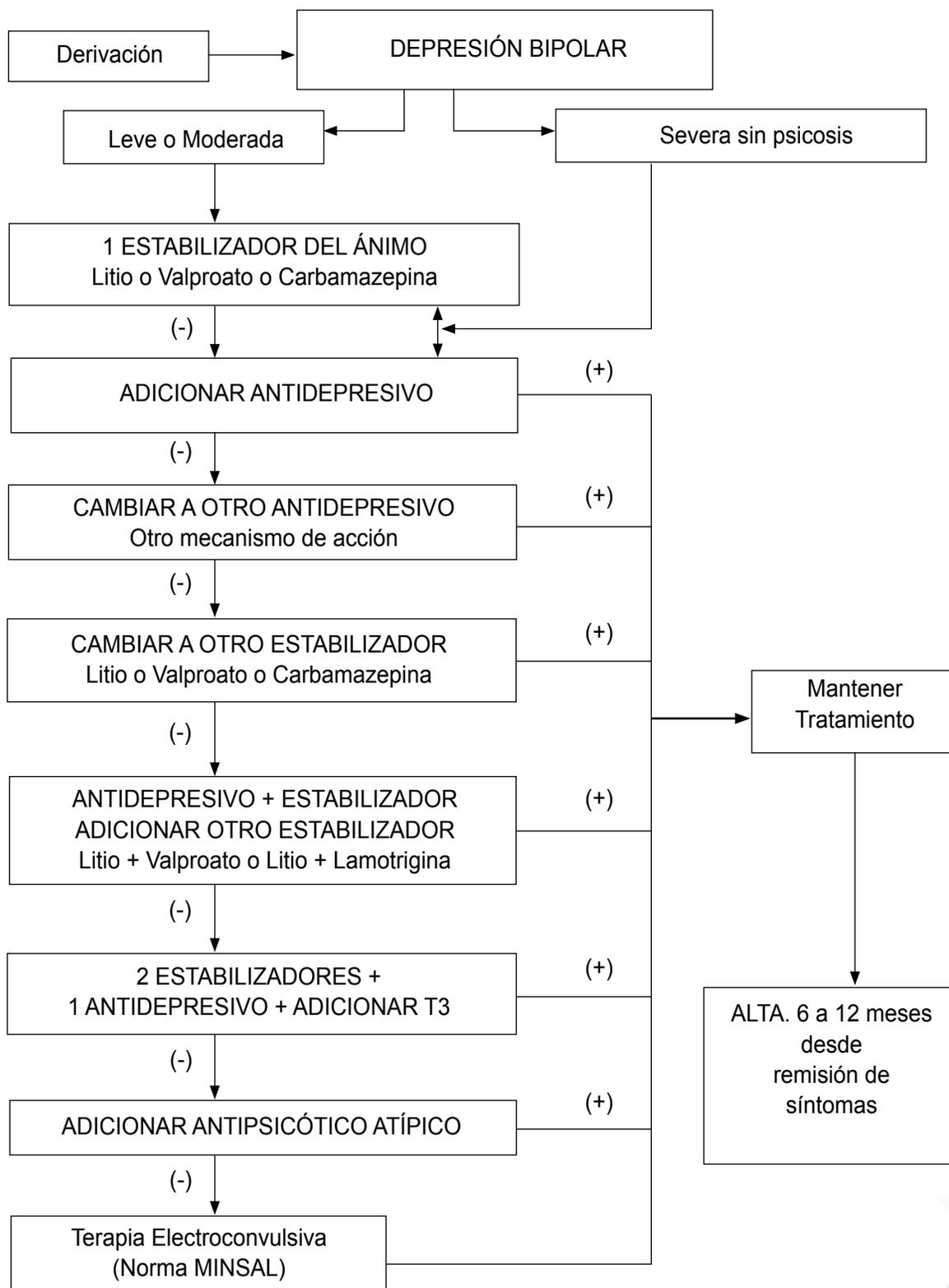
ALGORITMO 5.
CONDUCTAS A SEGUIR EN PERSONAS CON DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDIO



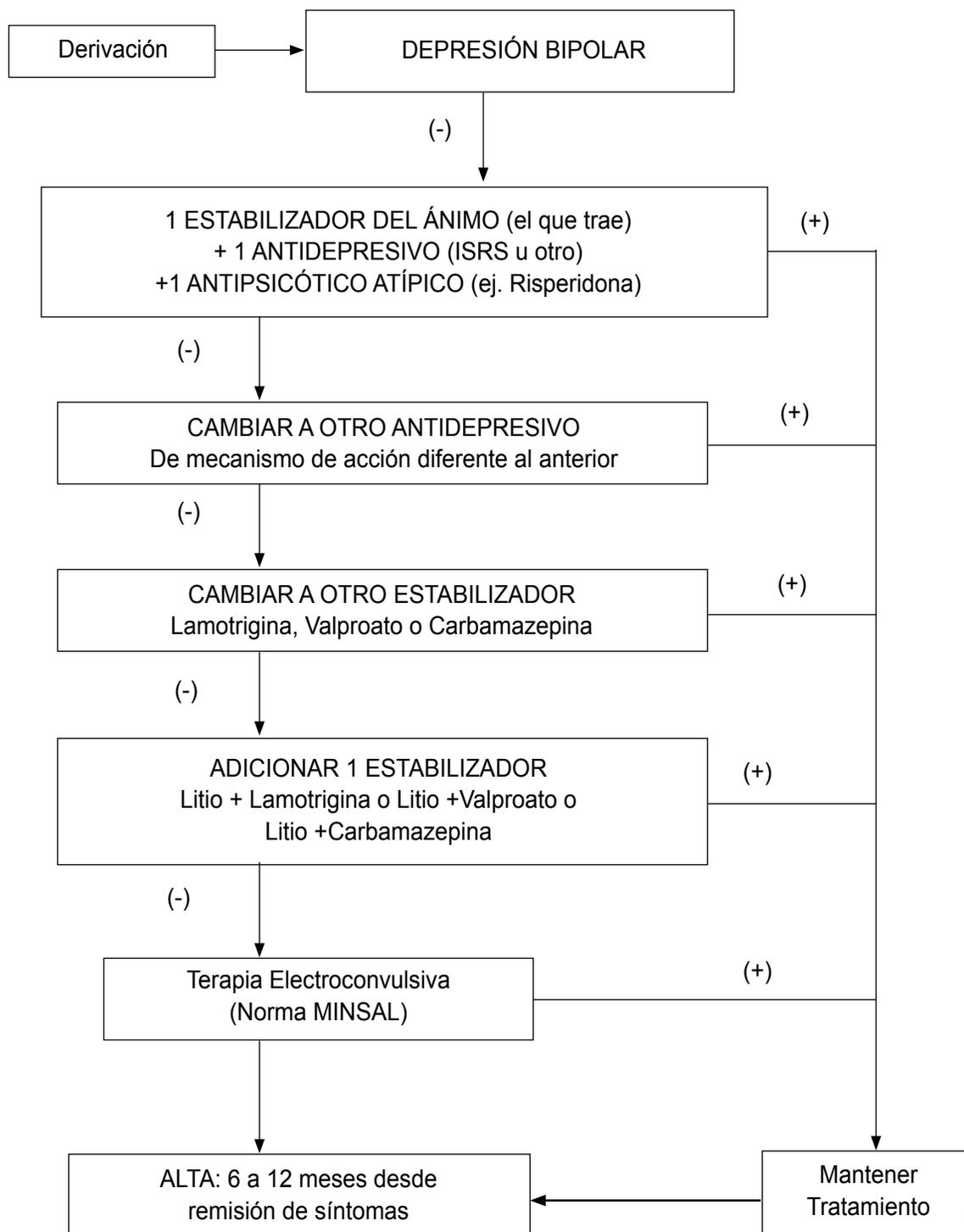
ALGORITMO 6.
CONDUCTA A SEGUIR EN PERSONAS CON DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA



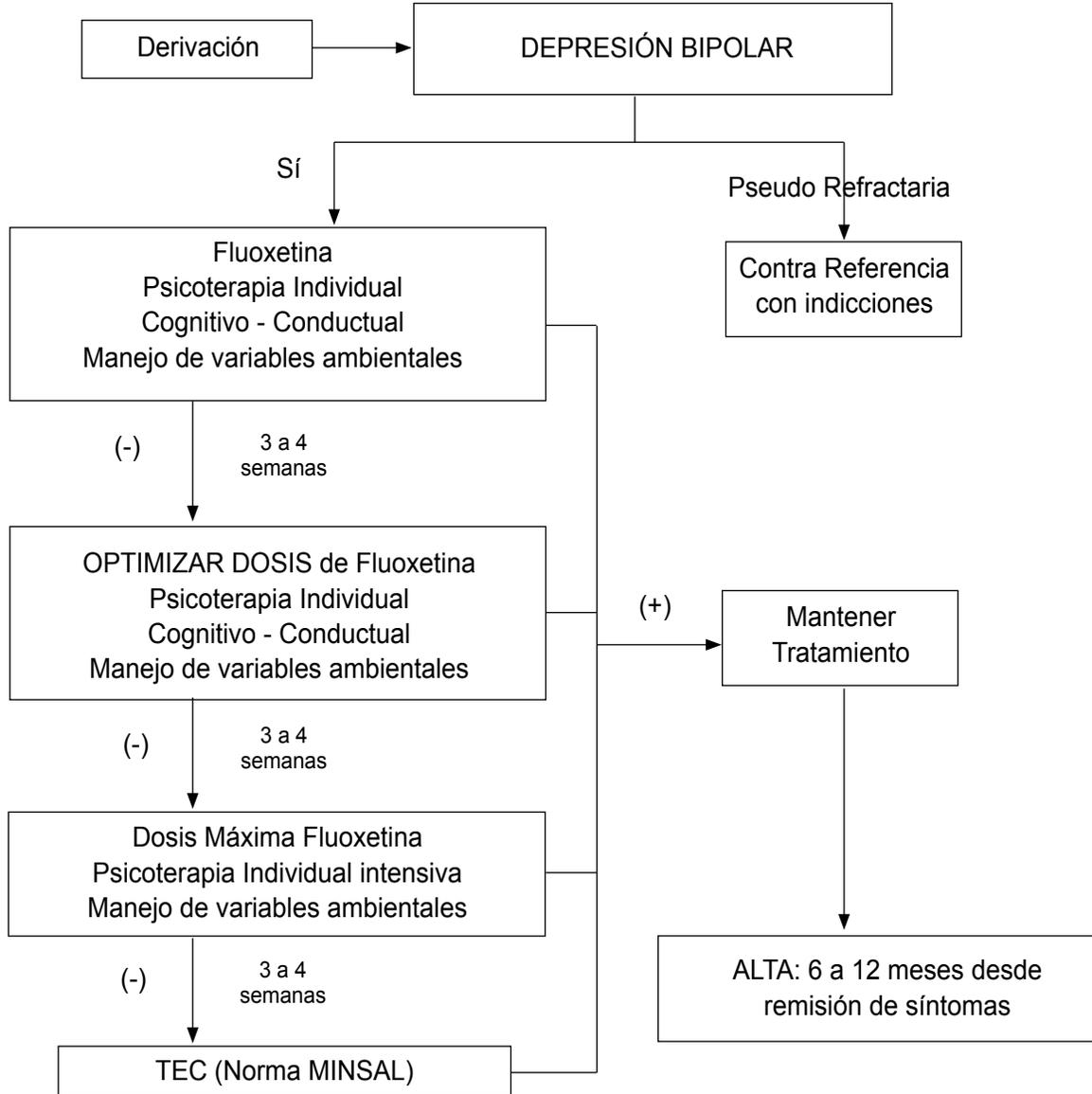
ALGORITMO 7.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN BIPOLAR



ALGORITMO 8.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN BIPOLAR



**ALGORITMO 9.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ADOLESCENTES CON
DEPRESIÓN SEVERA O REFRACTARIA A TRATAMIENTO**



GUÍA CLÍNICA



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

