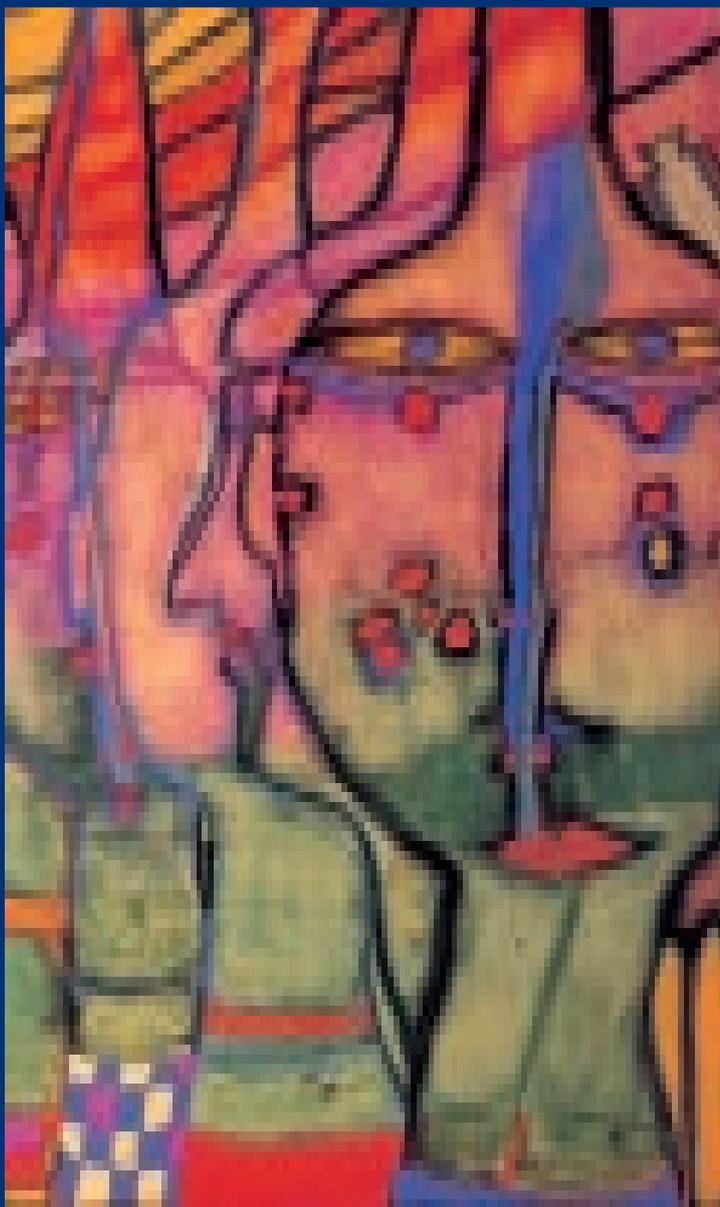


Guía Clínica Para la Atención Primaria

# *La Depresión*

Detección, Diagnóstico y Tratamiento



DISAP  
Unidad de Salud Mental

DIVAP  
Depto. Modelo de Atención

MINISTERIO DE SALUD



# PRESENTACIÓN

*La publicación de esta Guía Clínica del “Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria” representa un hecho muy significativo para el Ministerio de Salud y lo valoramos ampliamente.*

*Los trastornos Depresivos constituyen uno de los más importantes problemas de Salud Pública en el país. Con esta iniciativa se ponen en marcha las estrategias de un Programa que pretende enfrentar de un modo planificado, coordinado y sistemático este desafío.*

*La Guía Clínica que presentamos es parte de otros instrumentos que se pondrán a disposición de los equipos de Atención Primaria durante el desarrollo del Programa, y que pretenden transferir las mejores herramientas para el diagnóstico y tratamiento de la Depresión, contribuyendo a mejorar las habilidades y destrezas de los profesionales del nivel primario para aumentar la resolutiveidad y la satisfacción de los usuarios.*

*En el marco del desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, la Depresión fue definida como una prioridad país, y con el impulso que ahora damos a esta iniciativa, el Ministerio cumple con invertir y avanzar hacia el logro de este importante objetivo sanitario.*

*El Programa de “Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en APS” surge desde la conciencia técnica y epidemiológica de una prioridad del sector salud, pero se asienta en una profunda responsabilidad ética con las personas (mujeres la mayoría de las veces) que sufren estos trastornos y que si no reciben un tratamiento oportuno y eficaz, pueden iniciar un largo y doloroso proceso, que va deteriorando la vida personal y que puede comprometer la calidad de vida del grupo familiar.*

*Esperamos que esta Guía Clínica sea ampliamente difundida y recibida como un aporte al desarrollo de la Atención Primaria en el País.*



Dra. Michelle Bachellet Jeria  
Ministra de Salud

# Índice

---

<b>Antecedentes</b> .....	5
<b>Epidemiología</b> .....	6
<b>Impacto de la depresión</b> .....	7
<b>¿Qué es la depresión?</b> .....	8
<b>Detección</b> .....	9
<b>Entrevista de Diagnóstico</b> .....	11
Actitud terapéutica y relación con el paciente	
Recomendaciones para la entrevista clínica	
<b>Diagnóstico CIE -10 para APS</b> .....	14
Criterios para el Diagnóstico	
Derivación al Nivel Secundario	
Factores de Riesgo de Suicidio	
<b>Diagnóstico Diferencial</b> .....	18
<b>Fármacos que Pueden Causar Síntomas Depresivos</b> .....	20
<b>Diagnósticos Médicos Asociados con la Depresión</b> .....	21
<b>Factores Psicosociales de Riesgo</b> .....	22
<b>Tratamiento Farmacológico de la Depresión</b> .....	24
Medicamentos antidepresivos y efectos secundarios más frecuentes	
Recomendaciones para elegir un antidepresivo	
Esquema del tratamiento farmacológico	
<b>Educación a Pacientes y Familiares, y</b>	
<b>Estrategias para mejorar Adherencia</b> .....	31
<b>Intervención Psicosocial de Grupo</b> .....	33
<b>Consultoría</b> .....	35
<b>Ejecución del Programa en la APS</b> .....	37
<b>Flujograma de Atención</b> .....	38
<b>Árbol de Decisiones</b> .....	40
<b>Ficha de Registro</b> .....	42
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	44

# Antecedentes

Los trastornos depresivos son hoy un problema de primera importancia para la salud pública en Chile y 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. Están demostrados los elevados costos directos e indirectos que los trastornos mentales y en particular la Depresión representan para todas las sociedades modernas.

La mayoría de las personas que sufren Depresión consultan por primera vez en el nivel primario de atención, sin embargo, frecuentemente este tipo de trastornos no es reconocido por el equipo de salud y, cuando lo son, no siempre son tratados en la forma correcta, con los métodos y conocimientos que se dispone en la actualidad.

Esta situación es muy preocupante, pues cuando la Depresión no es tratada oportunamente y en buena forma, conduce muchas veces a cuadros recurrentes o de evolución crónica, incapacidades graves, muertes por suicidio o prolongado sufrimiento del paciente y su familia.

Los trastornos depresivos, y sus formas "encubiertas" por síntomas físicos o malestares diversos, frecuentemente producen confusión y frustración en el Equipo de Atención Primaria, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas, que sin mejorar a las personas, elevan los costos de la atención médica.

La Depresión, sin embargo, puede ser detectada y tratada con éxito por médicos y profesionales de la atención primaria debidamente capacitados.

Los esquemas de tratamiento de los trastornos depresivos que han demostrado ser efectivos, son perfectamente compatibles con los recursos y funcionamiento de nuestro nivel primario de atención, por lo cual es posible considerar al Consultorio o Centro de Salud de Atención Primaria como el espacio privilegiado para:

Reconocer los síntomas de la Depresión, realizar evaluación diagnóstica, desarrollar tratamientos psicosociales y farmacológicos, interactuar con el especialista (consultoría), derivar en forma adecuada a las personas con Depresión severa al nivel secundario e implementar esquemas de seguimiento que apoyen la resolutivez de las acciones y la satisfacción de las personas que reciben atención.

# Epidemiología

- La prevalencia de trastornos depresivos en la población general mayor de 15 años es de 7.5% a 10% en nuestro país.
- 30% de las personas consultantes en el nivel primario de atención sufren cuadros depresivos.
- Las tasas de prevalencia de Depresión en personas que sufren otras enfermedades físicas de gravedad son aún más elevadas.
- La Depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.
- Es más alta la prevalencia en el grupo de 20 a 45 años.
- 75% de las personas que sufren Depresión concurren a los Consultorios de Atención Primaria.
- La tasa de reconocimiento en el nivel primario es inferior al 60%.
- Menos del 35% de las personas con depresión detectada, reciben tratamiento efectivo en el Nivel Primario de Atención.
- Menos del 20% de las personas en tratamiento lo continúan por más de 4 semanas (se estima que el tratamiento debe prolongarse como mínimo por seis meses).

# Impacto de los Trastornos Depresivos

- En el estudio chileno sobre la carga de Enfermedad, la Depresión ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de AVISA (años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura) en mujeres.
- La disminución de la capacidad para funcionar adecuadamente es más elevada que la que se presenta con otras enfermedades crónicas (exceptuando las cardiovasculares) como artritis, dolores de espalda, diabetes e hipertensión arterial.
- Los pacientes que sufren trastornos depresivos informan que sus relaciones íntimas son poco satisfactorias, al igual que su interacción social. Tienen limitaciones funcionales y dificultades para desarrollar sus actividades cotidianas. Les resulta difícil afrontar los problemas familiares (conyugales y la crianza de los niños) y los relacionados con las responsabilidades laborales.
- La depresión puede aumentar la disposición de las personas hacia otras enfermedades y el dolor físico.
- 60% de los suicidios informados ocurren en relación con un trastorno depresivo y éstos representan, probablemente, sólo una fracción de las muertes autoinfligidas provocadas por la depresión.
- Los costos asociados con los trastornos depresivos son muy elevados, siendo mucho menos importantes los directos (fármacos antidepresivos, psicoterapias, etc.) que los indirectos (utilización de servicios de salud, ausentismo laboral, disminución de productividad en el trabajo, muerte prematura por suicidio).

# ¿Qué es la Depresión?

Existen variaciones normales y anormales del ánimo, por ejemplo, los sentimientos transitorios de tristeza, desesperanza o desilusión son normales y comunes en la vida de todas las personas. Por esto resulta importante la clara diferenciación entre estas respuestas normales de adaptación a las exigencias, pérdidas o frustraciones de la vida diaria, con las manifestaciones clínicas de la depresión.

**Aquí se utiliza el término Depresión para hacer referencia al trastorno depresivo, que es un problema de salud muchas veces grave y muy frecuente de encontrar entre las personas que consultan en los establecimientos de atención primaria.**

## La Depresión:

- **Debe tener una duración de por lo menos dos semanas.**
- **No debe ser atribuible al uso de sustancias psicoactivas o a otro trastorno mental orgánico.**
- **Ocurre en ausencia de síntomas maníacos. Los episodios eufóricos concomitantes o en la historia personal del paciente orientan hacia un trastorno bipolar (antes llamado maniaco-depresivo).**
- **Presenta una variedad de manifestaciones clínicas, que se pueden ordenar en los siguientes cuatro grandes grupos:**

### 1. Del estado de ánimo

Tristeza, falta de motivación, desgano, desesperanza, baja reactividad frente a hechos agradables o desagradables, pérdida de interés y placer, disminución de la capacidad de disfrutar, sensación de vacío, sensación de pérdida de sentimientos, apatía, tensión, ansiedad o irritabilidad.

### 2. Del pensamiento

Disminución de la concentración, indecisión, fallas de memoria, pérdida de confianza y autoestima, sensación de torpeza, inutilidad o impotencia, sentimientos de culpa, reproches excesivos, pesimismo, desesperación, deseos de muerte e ideación suicida.

### 3. De la actividad psicomotora

**Inhibición:** lentitud de movimientos corporales (hasta el estupor), falta de expresión facial, comunicación empobrecida.

**Agitación:** inquietud, impaciencia, hiperactividad ansiosa a veces incontrolable.

### 4. Manifestaciones somáticas

#### 4.1. Cambios en las funciones y ciclos vitales básicos:

**Alteración del sueño** con insomnio de despertar precoz (despierta con angustia, pensando problemas y tareas, con ánimo inquieto, pesimista y sombrío) o con hipersomnia (dormir en exceso).

**Disminución del apetito** o aumento (menos frecuente), con cambios importantes en el peso corporal.

**Disminución del deseo sexual** con desinterés y escasa libido.

#### 4.2. Cambios en la vitalidad:

Cansancio, fatiga, abatimiento, disminución de energía, falta de fuerza.

#### 4.3. Sensaciones corporales:

Dolores (cabeza, espalda, osteomusculares) y malestares, sensación de opresión en el pecho, frío, pesadez en las extremidades y otros tipos de sensaciones poco claras y no bien diferenciadas.

#### 4.4. Síntomas viscerales:

Molestias gastrointestinales, cardiovasculares o ginecológicas y otros síntomas similares relativos a algún sistema corporal.

**La evolución de los episodios depresivos únicos es por lo general bueno, y en la mayoría de los pacientes se puede lograr una total remisión sin secuelas si reciben el tratamiento y control adecuado.**

El curso de la depresión depende de una variedad de factores tales como la severidad del episodio depresivo actual, los antecedentes de episodios anteriores, la existencia o no de un trastorno de personalidad, la tolerancia individual a los fármacos antidepresivos, las características técnicas y humanas del equipo o profesional tratante (asegurar adherencia) y, en forma muy importante, del adecuado respaldo que reciba cada paciente por parte de sus familiares, amigos o grupo de apoyo social.

# Detección

La mayoría de las personas que sufren Depresión consultan al médico de atención primaria. Las mujeres con trastornos depresivos acuden al establecimiento de atención primaria en su condición de madre, embarazada, en búsqueda de regulación de su fecundidad, para una consulta médica o en el marco de algún programa del adulto.

Cuando el motivo de consulta es morbilidad, la mayoría de las veces el cuadro corresponde a dolencias físicas y, en una proporción menor, a síntomas psicológicos o de salud mental. Sólo una pequeña proporción consulta explícitamente por problemas emocionales.

El reconocimiento de un trastorno depresivo puede y debe hacerlo cualquier profesional del equipo en sus actividades habituales: controles de salud, consultas de morbilidad, entrevista social, visita domiciliarias, etc.

Con la capacitación y experiencia se irán desarrollando habilidades de detección y diagnóstico que integren en una totalidad el sufrimiento de una persona deprimida (síntomas), la forma de expresar su malestar, la actitud corporal, la personalidad y los factores del contexto familiar o social asociados al inicio de la depresión.

**Los profesionales de la Atención Primaria deben pensar en la posibilidad de un trastorno depresivo frente a una persona con síntomas físicos poco definidos y que, por más de dos semanas, ha estado decaída, excesivamente triste, afligida o irritable, desganada y sin interés por cosas que antes le interesaban.**

Para una adecuada detección, los profesionales de la APS deberán familiarizarse con las preguntas básicas sobre síntomas de Depresión que han sido incluidas en el **Exámen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA)**, y saber que éstas no hacen diagnóstico, pero orientan sobre la posibilidad de estar frente a una persona con Depresión.

**Las personas con uno o más síntomas presuntivos de depresión deben ser derivadas al médico o psicólogo del establecimiento.**

## Síntomas Comunes

Durante las últimas dos semanas:	SI	NO
¿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?		

# Entrevista de Diagnóstico

## 1. Actitud Terapéutica y Relación con el Paciente

El médico o psicólogo responsable de realizar la primera entrevista de diagnóstico a una persona con síntomas depresivos, debe saber que está frente a una persona abrumada, confundida y afligida por su estado.

Este tipo de entrevista, en sus aspectos técnicos, es diferente a la entrevista clínica tradicional. Aquí, en forma explícita, el profesional intentará construir una relación respetuosa, genuinamente interesada, empática y cálida con la persona deprimida.

Si bien es cierto que la entrevista clínica inicial puede ser algo más extensa, será decisiva para asegurar un buen diagnóstico y establecer una relación profesional-paciente que permita desarrollar un buen tratamiento.

**Un buen vínculo humano y terapéutico (alianza) es sin duda la mejor herramienta técnica de que dispone un profesional interesado en ayudar a una persona con Depresión.**

Esto exige ciertas destrezas y una particular disposición del profesional, que en sus aspectos más básicos se puede resumir en:

- **Un genuino interés por las personas.**
- **Intención consciente de ayudar.**
- **Respeto y búsqueda de horizontalidad en el trato.**
- **Actitud empática (ponerse en el lugar del otro, mirar a los ojos, escuchar con atención y hacerlo notar con gestos o comentarios).**
- **Calidez en todas las entrevistas.**

El tipo y calidad de la relación que se establezca con la (el) paciente, probablemente defina desde el comienzo la posibilidad de buena adherencia al programa, el éxito o fracaso terapéutico y, sin duda, la satisfacción de la persona atendida.

**Una buena entrevista de Diagnóstico debe entenderse además como la primera fase de un tratamiento eficaz.**

## 2. Recomendaciones para la Entrevista Clínica

- **Trate que la (el) paciente se sienta cómoda(o).** Una forma de hacerlo es sentarse cara a cara con ella(él), sin que el escritorio se interponga entre los dos. Recuerde y considere respetuosamente las diferencias y distancias culturales entre usted y la persona que atiende.
- **Comience la entrevista con preguntas abiertas,** que den lugar a una respuesta más completa que un simple “sí” o “no”. Por ejemplo “¿Qué le ha estado ocurriendo?” o “¿Por qué decidió consultar?”
- Puede ser que las respuestas partan por las preocupaciones o síntomas físicos, de este modo la entrevista tomará el curso que la(el) paciente elija. **No está mal comenzar por las molestias físicas para llegar después a los aspectos más emocionales.**
- Después de aclarados los aspectos físicos, como pérdida de apetito o de peso, insomnio, falta de energía u otros síntomas, **se deben explorar los aspectos emocionales.** Una buena manera de entrar a este plano es señalar la angustia con una frase del tipo “Veo que está pasando por un período difícil de su vida” o “Parece que ha estado afligida(o)”.
- Continúe con la entrevista para **explorar todos los síntomas descritos en la pauta.** Haga estas preguntas con la mayor naturalidad posible “¿Cómo ha estado su apetito?”, “¿Cómo anda su sueño?” y luego (dependiendo de la respuesta) haga precisiones.
- **Ayude a las personas con Depresión a ganar confianza y ampliar sus pensamientos** usando comentarios simples que los alienten a hablar. Por ejemplo “Continúe por favor”, “Si, cuénteme nomás”. También resultan útiles ciertos gestos como asentir con la cabeza o inclinar el cuerpo para acercarse físicamente un poco.
- **Deje que la persona se tome el tiempo necesario para contar lo que le aflige** (nunca serán más de un par de minutos). Existen estudios que demuestran la tendencia de los médicos a interrumpir en los primeros segundos el relato de los pacientes, pasando por alto los problemas que a la persona interesa tratar y que pueden ser muy importantes.

- **No se apure en comentar.** A medida que la persona habla, observe la expresividad, el tono de su discurso, el semblante, la vestimenta y los movimientos. Recuerde que, como dicen los clínicos y terapeutas experimentados, “la Depresión se siente y se ve”.
- Demuestre interés y serenidad frente a las personas con aflicción emocional, **utilice comentarios en los que demuestre al paciente que usted reconoce lo que siente.** Por ejemplo, “Veo que le apena hablar de este problema” o “Pienso que no ha sido fácil para usted”. Estos comentarios facilitan la comunicación, entregan confianza y permiten profundizar en la entrevista.
- **Se debe legitimar las emociones de las personas que piden ayuda, permitiendo su expresión durante la entrevista.** La utilización de afirmaciones como “Entiendo por que se siente tan asustada (o triste)”, demuestran que el profesional reconoce y acepta las emociones del paciente y que valida su derecho a sentirlas. Estos comentarios de apoyo son también de gran valor cuando se habla sobre problemas físicos, por ejemplo “Me doy cuenta que ha soportado mucho dolor” o “Comprendo por que está angustiada(o)”.

### Nota importante:

Las personas, con su particular modo de ser y sus sentimientos, generan en nosotros una cantidad de fenómenos emocionales que es importante reconocer y manejar (piedad, rabia, aburrimiento, rechazo, simpatía, etc.). Estos “**Contrasentimientos**” podrían interferir en la construcción de un buen vínculo terapéutico.

**Manténgase atento a los sentimientos y fenómenos irracionales (imágenes, fantasías, sensaciones físicas) que usted pueda experimentar en la entrevista. En la medida que gane experiencia, podrá incorporar estos “datos experienciales” como una valiosa forma de obtener información sobre la personalidad y el grado de perturbación psicológica de la persona que atiende.**

En la psicoterapia que realizan los especialistas, ésto se considera una poderosa herramienta para realizar el diagnóstico y generar una relación de ayuda psicológica eficaz.

# Diagnóstico CIE-10 para la APS

La Depresión no es sólo un estado de ánimo bajo, es un síndrome: un grupo de signos y síntomas cuyo diagnóstico se establece sobre la base de criterios estandarizados.

Existen distintos tipos y variantes de trastornos depresivos que es necesario diferenciar para realizar un tratamiento correcto.

En el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la APS se ha optado por utilizar los criterios diagnósticos de la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 para la Atención Primaria**, que distingue entre episodios de depresión leve, moderada y severa (también denominados menor, mayor y grave).

**La diferenciación se basa en el juicio clínico y toma en cuenta la cantidad, el tipo y la severidad de los síntomas presentes.**

**A** Las personas con **Depresión Severa** generalmente están muy angustiadas; una marcada agitación o inhibición puede dificultar su capacidad para describir los síntomas. El funcionamiento personal, social y laboral se ve seriamente limitado. Los familiares cercanos reconocen un cambio muy importante en el "modo de ser" y la conducta de la persona. Además de los síntomas depresivos, se evidencian otros síntomas de gravedad: Psicosis, Manía, Dependencia de alcohol y/o drogas, Intento o riesgo de suicidio.

**Los pacientes con diagnóstico de Depresión Severa deben ser derivados con urgencia al nivel secundario para tratamiento con el especialista.**

**B** Los Pacientes con **Depresión Moderada** también pueden tener gran dificultad para mantener su nivel de actividad social o laboral. Algunos síntomas pueden ser muy intensos y perturbadores, pero no están presentes los síntomas graves.

**Los pacientes con Depresión Moderada deben recibir tratamiento farmacológico con antidepresivos, y seguimiento por un mínimo de seis meses, optando por apoyo psicosocial individual y/o grupal.**

**C** Los pacientes con **Depresión Leve** están generalmente afligidos por los síntomas pero los toleran a su pesar. Mantienen sus actividades sociales y laborales, pese a que les resulta difícil sostenerlas.

**Los pacientes con Depresión Leve pueden recibir sólo apoyo psicológico individual o grupal, reevaluando en cualquier momento la decisión de usar antidepresivos.**

## Diagnóstico de Depresión CIE-10

Durante las últimas dos semanas:	SI	NO
¿Se ha sentido triste o deprimida(o) la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha estado desinteresada(o) o incapaz de disfrutar de la vida la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha tenido problemas para dormir (insomnio o dormir demasiado), casi todas las noches?		
¿Se ha sentido cansada(o) o con menos energía la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha notado problemas de concentración o memoria, casi todos los días?		
¿Ha estado más lenta(o) para hacer las cosas, casi todos los días?		
¿Ha estado tan inquieta(o) que no puede permanecer sentada(o), casi todos los días?		
¿Ha sentido que usted no es tan hábil o capaz como otra gente, casi todos los días?		
¿Se ha sentido despreciable o culpable, casi todos los días?		
¿Ha notado un cambio importante en el apetito? (más apetito o menos)		
¿Ha notado un cambio de peso de más de 4 kilos? (aumento o disminución)		
¿Ha pensado realmente que no vale la pena vivir?		
¿Ha pensado quitarse la vida?		

- La pauta CIE-10 estandarizada debe ser completada en la entrevista de evaluación diagnóstica e integrada a la ficha clínica del paciente.
- Recuerde que para cada persona diagnosticada con Depresión, debe llenarse un Tarjetón de Registro del Programa (ver páginas 42 y 43)

# 1. Criterios para el Diagnóstico CIE-10

## A. Depresión Leve:

- **Presencia de al menos dos síntomas cualquiera de Depresión, sin alcanzar la puntuación para Depresión Moderada.**

## B. Depresión Moderada:

- **Por lo menos uno de los dos síntomas centrales (marcados en oscuro).**
- **Y por lo menos 5 síntomas en total.**

## C. Depresión Severa o Complicada:

- **A los criterios de Depresión Moderada, se agrega la sospecha de:**
  - **Síntomas psicóticos.**
  - **Síntomas maníacos.**
  - **Dependencia de alcohol o drogas.**
  - **Intento o riesgo de suicidio.**

# 2. Detección de Condiciones de Severidad para Derivación inmediata al Especialista

- En los pacientes con síntomas severos se debe precisar la **presencia de alucinaciones** (escucha voces o tiene visiones) "¿En el último mes, a veces ha oído voces dentro de su cabeza?" o "¿Ha visto cosas que otras personas no pueden ver?".
- Explorar la **existencia de ideas delirantes** que se caracterizan por su rigidez, siendo imposibles de modificar. Muy frecuentemente son de ruina, de fracaso, de culpa o hipocondríacas. La persona parecerá conmovida por una ideación muy pesimista respecto a su futuro económico, sentirá que no hay salida o se recriminará culpósamente por el daño que ha hecho a su familia. También la existencia de ideas de malfuncionamiento de órganos o existencia de patologías graves puede tomar una forma delirante.
- **Si la exploración es positiva para alucinaciones e ideas delirantes**, esta persona debe ser derivada al nivel secundario, con el diagnóstico presuntivo de Trastorno Psicótico Agudo.

- **Se debe explorar la ocurrencia de algún estado maniaco (o eufórico) en la historia del paciente.** Preguntar por periodos de una semana o más de duración donde pudo haberse sentido excesivamente animada(o), casi sin dormir, llena(o) de ideas, hablando, pensando y moviéndose demasiado rápido. Estos estados, junto a un episodio depresivo, orientan hacia un Trastorno Bipolar (maniaco-depresivo) que debe ser derivado para evaluación diagnóstica y eventual tratamiento de la especialidad.
- **Se debe preguntar siempre por la existencia de dependencia a alcohol, abuso de marihuana, cocaína, pasta base y otras drogas.** Haga estas preguntas cuando la persona se sienta más confiada, en forma serena y directa, por ejemplo: “¿Alguna vez consumió para aliviar malestares?” o “¿Se ha encontrado consumiendo en mayores cantidades de lo que usted pensó?”
- **La ideación suicida es bastante frecuente en los estados depresivos y debe ser explorada de un modo directo, sin agregar solemnidad ni excesiva ansiedad en la entrevista.** Busque las ideas y fantasías primero. Si están presentes, pregunte por la existencia de planes concretos de suicidio. Por ejemplo: “¿Ha llegado a pensar que nada vale la pena?” o “Cuando tiene mucha angustia ¿se le pasan ideas de no seguir viviendo?”. “Cuando ha pensado morir, ¿de qué manera lo ha imaginado?”.

## Factores de Riesgo de Suicidio

1. Sexo: intentos consumados son más frecuentes en varones. Las tentativas son más frecuentes en mujeres.
2. Edad: el riesgo aumenta con la edad.
3. Estado civil: viudos, divorciados y solteros tienen mayor riesgo.
4. Enfermedad física grave.
5. Antecedentes familiares de suicidio.
6. Tentativas previas.
7. Trastornos psiquiátricos asociados: abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad con impulsividad marcada y cuadros psicóticos.
8. Reacciones de duelo: muerte reciente de un ser querido.
9. Desempleo, dificultades laborales, judiciales o económicas severas.
10. Aislamiento social.
11. El síntoma psicopatológico más relacionado es la desesperanza.
12. Pensamientos explícitos de suicidio o planes de autoagresión.

# Diagnóstico Diferencial

Una variedad de enfermedades y condiciones pueden tener semejanza con un trastorno depresivo, o incluso coexistir con él. Por lo tanto existe un claro desafío para los médicos, quienes a partir de los indicios del estado físico del paciente, los instrumentos de detección y diagnóstico y la entrevista clínica, deben reconocer si los síntomas corresponden a un trastorno depresivo o a otra enfermedad física o psiquiátrica.

En ciertas poblaciones de alto riesgo se necesita una capacidad especial para hacer este diagnóstico diferencial (pacientes con trastornos severos de ansiedad, enfermedades físicas concomitantes, abuso de drogas o personas en situación de duelo)

## ● **Tristeza Normal:**

Debe tenerse en cuenta la ocurrencia normal de este sentimiento inherente a la condición humana, y que surge de las relaciones con el medio ante diferentes circunstancias de dolor, pérdida o frustración.

## ● **Reacciones de Duelo Normal:**

La mayoría de las veces es una reacción normal de pérdida ante la muerte de una persona querida. La duración y expresión del duelo "normal" varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. En general la presencia prolongada (más de seis meses) de síntomas psicológicos tales como insomnio, anorexia, sentimientos de culpa y dificultades en el desempeño social y laboral, junto a otros síntomas depresivos, debe conducir a los profesionales de la APS a considerar la existencia de un trastorno depresivo.

## ● **Trastornos de Ansiedad:**

Es excepcional encontrarse con depresiones que no presenten ansiedad. Los trastornos ansiosos evolucionan en un porcentaje muy alto con síntomas depresivos. Los síntomas de ansiedad son a menudo los más visibles, aún cuando se deban a un trastorno depresivo subyacente. El médico reconoce rápidamente que no está frente a una enfermedad física, cayendo en la tentación de diagnosticar la ansiedad y comenzar el tratamiento sin seguir adelante con su exámen.

Esto explica, entre otras cosas, la muy frecuente indicación de ansiolíticos menores en la APS.

Si se verifican los criterios para diagnosticar Depresión, éste debe ser el diagnóstico primario del paciente, y su tratamiento se deberá realizar con medicación antidepresiva y/o apoyo psicológico, y no con ansiolíticos.

**Cuando la terapia antidepresiva es efectiva, alivia todos los síntomas de los trastornos depresivos, incluidos los síntomas de ansiedad, mientras que el tratamiento con ansiolíticos no tiene ningún efecto en el trastorno depresivo subyacente.**

## ● Enfermedades Físicas:

**A** La depresión se puede presentar encubierta por una gran variedad de síntomas físicos, predominantemente dolores (de cabeza, de espalda, osteomusculares o dolores vagos difíciles de identificar), trastornos del sueño, malestares gastrointestinales, fatiga, mareos, palpitaciones y alteraciones del apetito. En algunos países este síndrome se diagnostica como Depresión Encubierta o Enmascarada.

**B** Los trastornos depresivos son frecuentes en personas que sufren enfermedades graves, crónicas o invalidantes (por ejemplo cáncer, patologías cardíacas, dolores crónicos, Parkinson y otras enfermedades neurológicas).

Estas enfermedades pueden hacer pasar por alto los síntomas depresivos, pues algunos son comunes a ambos tipos de trastornos (por ejemplo fatiga o pérdida del apetito).

Un error frecuente es que los síntomas depresivos se atribuyan a la enfermedad física coexistente. Se presume equivocadamente que la enfermedad es un "buen motivo" para desarrollar un trastorno depresivo o que éste es una "consecuencia natural" de la enfermedad física.

Debe recordarse que si bien la mayoría de los pacientes con enfermedades graves pueden experimentar tristeza y aflicción, no todos desarrollan un trastorno depresivo.

**C** Cuando se produce un trastorno depresivo en concomitancia con una enfermedad física, debe darse prioridad al tratamiento somático, pero sin descuidar el diagnóstico y tratamiento de la Depresión. Cuando se trata correctamente el cuadro depresivo, con frecuencia mejora el pronóstico de la enfermedad física y la capacidad del paciente para tolerar su situación y seguir sus tratamientos.

# Fármacos o Sustancias que Pueden Causar Síntomas Depresivos

## **1 Drogas:**

Alcohol, cocaína, anfetaminas y opiáceos.

## **2 Fármacos de uso cardiovascular:**

Propranolol, alfa-metildopa, reserpina, clonidina, digital.

## **3 Hormonas:**

Glucocorticoides, ACTH, esteroides anabolizantes, anticonceptivos orales.

## **4 Antiinflamatorios no esteroidales:**

Indometazina, fenilbutazona.

## **5 Antineoplásicos:**

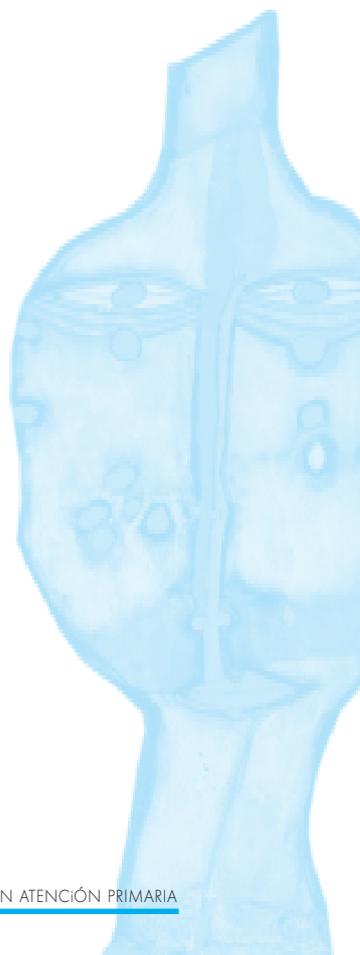
Cicloserina, vincristina, vinblastina y otros.

## **6 Psicofármacos:**

Neurólépticos, benzodiacepinas.

## **7 Otros:**

Cimetidina, ranitidina, metoclopramida, L-dopa.



# Diagnósticos Médicos Asociados con la Depresión

## **1 Dolor Crónico:**

Cefalea diaria crónica, Dolor lumbar crónico, Neuropatía diabética.

## **2 Reumatológicas:**

Fibromialgia, Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoidea.

## **3 Neurológicas:**

AVE, Tumores cerebrales, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Alzheimer, Traumatismos craneales, Esclerosis múltiple.

## **4 Endocrinas y Metabólicas:**

Anemia, Diabetes, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Disfunciones hepáticas, Enfermedad de Addison, Enfermedad de Wilson, Hipocalcemia, Hiponatremia, Porfiria, Síndrome de Cushing, Síndrome de Korsakoff, Síndrome premenstrual, Uremia.

## **5 Neoplasias:**

Pancreáticas, abdominales y del SNC.

## **6 Cardiovasculares:**

Infarto del miocardio, Miocardiopatías, Insuficiencia cardíaca congestiva.

## **7 Infecciosas:**

Encefalitis, Endocarditis, Hepatitis, TBC, SIDA, Sífilis, Mononucleosis, Infecciones crónicas del tracto urinario alto.

## **8 Otras:**

Anemias, déficit vitamínicos (B12, tiamina, niacina).

# Factores Psicosociales de Riesgo

Está suficientemente demostrada la relación que existe entre la ocurrencia de algunos eventos negativos de la vida cotidiana, que causan aflicción o estrés, y la aparición de trastornos Depresivos. Entre éstos, las pérdidas debidas a separaciones o fallecimiento son especialmente importantes.

Los hechos cotidianos que causan estrés a menudo preceden más frecuentemente al primer episodio de trastorno depresivo que a los episodios subsiguientes.

Una evidencia como ésta sugiere que los cambios bio-psico-sociales resultantes de un primer episodio dejan a las personas en una posición de mayor riesgo de sufrir nuevos episodios del trastorno depresivo.

Por otra parte, la ocurrencia de eventos vitales positivos o el desarrollo de factores protectores mejoran el resultado del tratamiento.

Esto fundamenta la necesidad de explorar y reconocer los factores de riesgo asociados al inicio, mantención y/o recurrencia de los trastornos depresivos.

**La disponibilidad de soporte y apoyo social reduce el riesgo de aparición de los trastornos depresivos y disminuye sus efectos nocivos cuando se presentan.**

Como ejemplo, algunos estudios relativos al duelo sugieren que los trastornos depresivos aparecen con mayor frecuencia en aquellas personas que no tienen hijos adultos que los apoyen durante el período posterior a la pérdida.

Las personas que tienen escasas actividades sociales y vocacionales son más vulnerables a los trastornos depresivos. Lo mismo pasa con las personas que no tienen pareja o viven solas.

**Entre los pacientes que se diagnostican y tratan por una Depresión en la APS, hay quienes concentran un mayor número de factores de riesgo. Estas personas requieren un apoyo más directo e intensivo por parte del equipo de salud y se beneficiarán con intervenciones individuales, familiares o grupales, orientadas a mejorar su soporte social y/o su inserción en redes comunitarias.**

En la tabla de abajo, se resumen los Factores Psicosociales de Riesgo asociados al inicio o mantención de un trastorno depresivo.

**Esta cartilla está incluida en el tarjetón de registro, y debe ser llenada para cada persona que ingrese al Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en APS.**

El número de factores de riesgo que acumule una persona será un indicador útil para alertar al equipo del nivel primario respecto a dificultades previsibles en el tratamiento y permitirá focalizar estrategias de apoyo psicosocial específicas e intensivas para las personas con mayor nivel de riesgo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----

<b>Factores Psicosociales de Riesgo</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Enfermedad física o dolor crónico		
Discapacidad psíqu. o física personal o un familiar*		
Abuso de alcohol y/o drogas		
Conflicto familiar severo (VIF)		
Vive sola(o)		
Parto reciente o vive con hijo menor de 6 años		
Escasa participación y apoyo en red social		
Pérdida de la madre (antes de los 11 años)		
Separación conyugal en el último año		
Muerte de familiar* en los últimos 6 meses		
Pérdida del trabajo en los últimos 6 meses		
Conflicto laboral severo (con daño de autoestima)		
Antecedente de suicidio en la familia*		
Episodio depresivo anterior		
Otro:		

\*Familia nuclear

**Suma las respuestas positivas y marque arriba**

# Tratamiento de la Depresión

En el marco del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria se han considerado dos componentes terapéuticos esenciales, complementarios y no excluyentes:

**Tratamiento Farmacológico** con antidepresivos, en el marco de una buena relación terapéutica.

**Intervención Psicosocial Grupal** con 6 sesiones para grupos de 10 personas.

## Objetivos:

- **Reducir y/o eliminar todos los signos y síntomas del trastorno depresivo.**
- **Restablecer el funcionamiento psicosocial, laboral o vocacional al nivel premórbido.**
- **Minimizar la posibilidad de recaídas.**

## Farmacoterapia

En la actualidad, existe consenso en reconocer la eficacia de la farmacoterapia con antidepresivos (siempre que se consiga buena tolerancia y adherencia) para el tratamiento de todos los trastornos depresivos, particularmente en las formas moderadas y severas.

La terapia con medicamentos antidepresivos es efectiva aun cuando exista una importante condición de estrés, tal como una enfermedad grave o la pérdida del trabajo.

Las comparaciones entre droga y placebo han demostrado una mayor eficacia de los antidepresivos en todas las mediciones.

Existe una variada gama de fármacos antidepresivos, sin embargo la mayoría de éstos tiene una eficacia bastante similar.

La elección de uno u otro dependerá del perfil clínico de la depresión y en gran parte del tipo e intensidad de los efectos secundarios y facilidad en la administración.

# Tipos de Medicamentos Antidepresivos y Efectos Secundarios Adversos más Frecuentes

Los antidepresivos se pueden clasificar según su impacto sobre los diferentes neurotransmisores asociados con la fisiopatología de la Depresión.

## 1. Inhibidores de la Recaptación de Serotonina/Noradrenalina

La Amitriptilina e Imipramina son los más utilizados y por la forma de su estructura química, también se les llama Antidepresivos Tricíclicos (ATC).

Por su impacto en diferentes niveles y receptores del SNC, están asociados a un buen número de efectos secundarios. Ésto se debe informar muy bien al paciente al momento de prescribirlos, porque pueden conducir a la falta de cumplimiento del tratamiento o a su utilización en dosis subterapéuticas e ineficaces (menos de 75mg/día).

### Efectos secundarios comunes:

- Sedación
- Estreñimiento
- Aumento de peso
- Sequedad de boca

### Otros efectos secundarios:

- Retención de orina
- Hipotensión ortostática
- Confusión mental
- Arritmias

## 2. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

La Fluoxetina es el fármaco más conocido y de uso más extendido.

Tiene eficacia comparable a los ATC, con un perfil de efectos secundarios más tolerables. La dosis terapéutica mínima es de 20 mg.

Por lo general los ISRS no producen sedación, lo que podría ser una desventaja para aquellas personas cuya Depresión está asociada a síntomas importantes de ansiedad e insomnio.

En algunos casos con intolerancia a otros antidepresivos, se podría recetar una terapia combinada de Fluoxetina con dosis bajas de ansiolíticos si fuese estrictamente necesario y mientras el antidepresivo aún no produzca su total efecto.

### Efectos secundarios comunes:

Cefalea, Nauseas, Insomnio, Reducción de la libido, Nerviosismo y Diarrea.

## Recomendaciones Generales para Elegir un Antidepresivo

- **Si se trata de un trastorno depresivo donde predomine la angustia y el insomnio, se elige un antidepresivo con efecto sedante como la Amitriptilina.**
- **Si por el contrario, domina el cuadro el enlentecimiento y la inhibición, se elige un antidepresivo con efecto activante como la Fluoxetina o Imipramina.**
- Si hay tratamientos anteriores, se debe elegir siempre el antidepresivo que dio buenos resultados.
- Si hay antecedentes de respuesta anterior insuficiente a un antidepresivo, antes de descartarlo se debe comprobar si éste se usó en las dosis terapéuticas y por el tiempo correcto.
- Si hay información de respuesta anterior negativa al uso de un antidepresivo en dosis terapéuticas y por el tiempo adecuado, se debe utilizar un antidepresivo distinto.
- Si hay antecedentes de enfermedad cardíaca severa o hipertrofia prostática, se debe elegir Fluoxetina.
- En personas de edad avanzada es preferible utilizar Fluoxetina.
- En caso de obesidad, o tendencia a la obesidad, elegir también Fluoxetina.
- Si no hay contraindicación, se debe considerar la preferencia del paciente. Los prejuicios personales y familiares favorables o adversos a determinados fármacos pueden impedir llevar adelante un tratamiento adecuado y dificultar la adherencia.

# Esquema del Tratamiento Farmacológico

Recordar que un tratamiento adecuado comienza con un tipo de relación profesional-paciente respetuosa y cálida que asegure una alianza terapéutica prolongada.

**Para asegurar el cumplimiento de las indicaciones, informe al paciente e idealmente a algún familiar sobre la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento indicado, la latencia que tendrán los antidepresivos antes de comenzar a funcionar (2 o 3 semanas) y los efectos secundarios más probables.**

## 1. Inicio

- El tratamiento siempre se inicia con dosis bajas y crecientes.
- Se debe evaluar riesgo cardiovascular cuando se indiquen los Antidepresivos Tricíclicos.
- En la primera semana se alcanzaran dosis terapéuticas mínimas.
- Se debe considerar la indicación de reposo (relativo) en casa.

### Fluoxetina:

**10 mg (1/2 comprimido) al desayuno durante tres días. Después aumentar a 20 mg (1 comprimido) y mantener así hasta el primer control a las dos semanas.**

Este antidepresivo se debe administrar en una dosis por la mañana pues tiene un efecto activante y puede agregar problemas de insomnio.

### Amitriptilina e Imipramina:

**25 mg (un comprimido) en la noche durante tres días. Si lo tolera bien, aumentar 25 mg (un comprimido) en la noche cada tres días, hasta alcanzar 75 mg.**

Estos antidepresivos se administran preferentemente en la noche, pero se pueden fragmentar en dos o tres dosis (manteniendo una carga mayor en la noche) dependiendo de la tolerancia, para aprovechar el efecto tranquilizante de la Amitriptilina en el día o por dificultades con el dormir asociadas al uso inicial de Imipramina.

## 2. Primer Control (en 2 semanas)

**Aunque algunas personas pueden responder antes y bien, en este control no se debe esperar todavía una respuesta antidepressiva completa.**

Este control es decisivo en lo que respecta a la adherencia al tratamiento. Será importante insistir en la demora o latencia de los efectos beneficiosos de los antidepressivos y la necesidad de soportar todavía algunos efectos secundarios.

Es muy importante incorporar a este control a un familiar cercano.

**Si la dosis terapéutica mínima diaria (20 mg de Fluoxetina y 75 mg de Amitriptilina o Imipramina) pudo instaurarse sin problemas y no hay ningún cambio favorable, aumente nuevamente las dosis en forma progresiva igual que al inicio, hasta llegar a 40 mg/día de Fluoxetina y a 100 o 125 mg/día de Amitriptilina o Imipramina en los próximos 15 días. Piense también en la posibilidad de apoyo psicosocial grupal.**

## Seguimiento

### Alternativas

- Se discontinuó el tratamiento o se mantuvo tratamiento con dosis incompleta.
- Se alcanzaron dosis terapéuticas sin efectos secundarios o con efectos secundarios leves.
- Id. con efectos secundarios moderados.
- Id. con efectos laterales severos o intolerables.

### Conducta

- Reiniciar tratamiento y aclarar que los efectos adversos van disminuyendo.
- Evaluar mejoría y síntomas para aumentar progresivamente las dosis, reforzar educación.
- Disminuir o mantener dosis por una semana más, y subir después.
- Cambiar el antidepressivo.

### 3. Segundo Control (en la 4ª semana)

**Si hay una buena o aceptable tolerancia, con mejoría importante de los síntomas, se mantendrá el tratamiento por seis meses, realizando controles intermedios.**

Si la tolerancia es aceptable, pero no se produce mejoría en el segundo control, entonces:

- Preguntar por cumplimiento de la indicación.
- Descartar patologías concomitantes y considerar diagnóstico alternativo.
- Proponer incorporación a tratamiento psicossocial grupal.
- Alcanzar progresivamente las dosis máximas para el tratamiento de la depresión en APS (no superar los 60 mg/día de Fluoxetina y 150 mg/día de Amitriptilina o Imipramina) y citar para nuevo control en 15 días.

### 4. Tercer Control (en la 6ª semana)

**Si hay evidencias de mejoría importante, se continuará con igual tratamiento por seis meses, con controles intermedios realizados por médico u otro profesional del equipo.**

Si la respuesta es escasa o nula con dosis máximas, se considerará el cambio de antidepresivo.

Para el reemplazo con un nuevo antidepresivo, se procede igual que un tratamiento recién iniciado y se disminuye el anterior (reducción y suspensión en una semana).

### 5. Fase de Continuación del Tratamiento

**El objetivo de esta fase es prevenir la recaída, es decir la reaparición de los síntomas. Comienza en el momento de la remisión total o casi total de los síntomas, se extiende hasta completar un mínimo de seis meses con las mismas indicaciones con que se trató la fase aguda.**

Esta fase es parte del tratamiento y se debe realizar aún cuando el paciente se sienta muy bien, pues los medicamentos antidepresivos mejoran primero los síntomas pero mucho después la anormalidad patofisiológica subyacente.

## 6. Manejo Clínico de Recaídas y Episodios (nuevos) Recurrentes

- El tratamiento adecuado con antidepresivos (dosis y duración) de un primer episodio tiene un efecto protector sobre las recaídas y los episodios recurrentes, al menos en los 2-3 años siguientes. Por esto se recomienda continuar con el tratamiento por un mínimo de 6 meses después de la remisión de los síntomas.

### **Recaída:**

- Entre un 10 a 20% de los pacientes informan la presencia de algunos síntomas depresivos durante las fases de continuación y seguimiento. La presencia de síntomas residuales, sin remisión total, es un fuerte indicador de riesgo de recaída.
- En la mayoría de los casos, la reaparición de síntomas es breve, leve y autolimitada, requiriendo sólo apoyo y seguimiento.
- **Si se presenta reaparición de síntomas severos y prolongados durante el periodo de continuación (recaída), se debe reevaluar nuevamente el tratamiento antidepresivo, considerar la posibilidad de consultoría e intervención sobre factores psicosociales de riesgo.**

### **Recurrencia:**

- Los estudios de seguimiento de personas tratadas por una depresión, muestran un considerable riesgo de recurrencia (20%) y cronicidad (hasta un 30%).
- Muchos estudios sugieren que mientras más episodios depresivos se registren en el pasado, mayor será el riesgo de recurrencia.
- Si se presenta un episodio recurrente (reaparición de síntomas una vez terminado el periodo de tratamiento completo), se aconseja repetir el tratamiento con el mismo esquema terapéutico que fue eficaz, y mantenerlo durante un año.
- **Si se presenta un tercer episodio recurrente, se debe pedir evaluación del especialista en consultoría y considerar la mantención del tratamiento en forma indefinida.**

# Educación a Pacientes y Familiares

## Estrategias para mejorar la Adherencia

En el marco de la relación terapéutica, deben reducirse las barreras que puedan impedir el éxito del tratamiento.

Las personas con depresión y sus familiares pueden tener una concepción muy particular de la enfermedad depresiva. Los profesionales deben tratar de comprender esos conceptos, ajustando la entrega de información a esos puntos de vista sin pretender cambiarlos radicalmente.

**La entrega de información y educación con respecto a los trastornos depresivos es una estrategia central del tratamiento. Esto no se debe considerar como una tarea opcional o secundaria, y se deba reiterar en cada contacto profesional-paciente.**

### Elementos de Educación e Información

- La Depresión no es solamente un sentimiento de “tristeza”: es un problema de salud común y muy frecuente.
- Las personas que sufren una Depresión, mejoran con el tratamiento farmacológico y participando en las sesiones de grupo.
- La Depresión no es una “debilidad del carácter”, no significa “falta de voluntad” ni menos “flojera” de la persona que la sufre. No debe sentirse culpable ni avergonzada(o) por tener una Depresión.
- Cuando una persona está deprimida le cuesta mucho más cumplir con sus tareas habituales, siente que le falta fuerza y comete más errores. No debe tener temor de pedir ayuda.
- La Depresión afecta los sentimientos, los pensamientos, el ánimo, la salud física y la forma de comportarse.
- Cuando una persona está deprimida siente que sus problemas (familiares, económicos, laborales o de relaciones con personas) son mucho más graves y que no tiene capacidad para enfrentarlos y resolverlos.
- La Depresión puede producirse cuando se viven situaciones que generan mucha preocupación y estrés, por una disposición heredada o muchas veces por la combinación de ambas.

- El abuso de alcohol y drogas, la violencia intrafamiliar, la pérdida de un ser querido, tener una enfermedad crónica, la separación conyugal reciente, la pérdida del trabajo y otros problemas importantes pueden favorecer el comienzo o la mantención de un trastorno depresivo.
- Los medicamentos antidepresivos le ayudarán a disminuir los síntomas, pero recuerde que no tienen efecto inmediato. Primero hay que ver si los tolera bien, luego hay que aumentar las dosis y recién después de 2 o 3 semanas hacen su efecto.
- La mayoría de las personas que inician tratamiento con antidepresivos, como con todos los medicamentos, pueden tener algunas molestias durante los primeros días, pero éstas van disminuyendo con el tiempo.
- Si empieza a sentirse mejor, por ningún motivo debe dejar de tomar el medicamento antidepresivo.
- Los medicamentos antidepresivos no son "drogas" y no producen adicción o acostumbamiento.
- Es muy importante que asista a todas las sesiones de grupo y a todos sus controles en las fechas indicadas; así su recuperación será más rápida y completa.

## **Estrategias para mejorar la adherencia:**

- Conviene repetir en cada control algunos de los contenidos educativos, adecuándolos flexiblemente a las características de cada paciente y cada tratamiento.
- Será útil contar con materiales educativos impresos, para entregar a las personas en tratamiento y a sus familiares.
- En el marco de la buena relación profesional-paciente, es decisivo lo que se logre en el primer mes de tratamiento, respecto al diagnóstico adecuado, la alianza terapéutica, instalación adecuada del tratamiento farmacológico y motivación al paciente para recibir apoyo psicosocial grupal.
- La integración de un familiar o amig(a) a las entrevistas será de gran apoyo en la continuidad y éxito del tratamiento.
- El uso y actualización del registro en el Programa con estrategias para el rescate (llamada telefónica o visita domiciliaria) de pacientes que estén inasistentes a sus controles o a las sesiones de grupo, es un elemento central para la adherencia.

# Intervención Psicosocial de Grupo

Los seres humanos siempre fueron criaturas gregarias. Se considera que el grupo perpetúa el caudal genético, protege, nutre al individuo y abastece la cultura.

Las estrategias de apoyo grupal utilizan el potencial terapéutico del grupo, las interacciones constructivas de sus integrantes en un entorno seguro, el apoyo mutuo y las intervenciones psicológicas y educativas de un conductor o líder idóneo.

En el grupo ocurren una gran variedad de experiencias, entre las cuales se destacan: las nuevas situaciones de aprendizaje, las identificaciones múltiples (con otros que sufren problemas parecidos), momentos de catarsis (expresión libre de sentimientos) y la expresión y recepción de sentimientos de afecto, buena voluntad y compañía.

En muchos establecimientos de Atención Primaria se han desarrollado valiosas experiencias con grupos educativos y grupos de apoyo para trastornos emocionales e intervenciones psicosociales para dar apoyo a personas con depresión. Estas experiencias han sido bien valoradas por parte de las personas que asisten a ellas y por los profesionales que las coordinan y realizan, pero pocas veces evaluadas en profundidad.

En el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria se ha optado por realizar en cada establecimiento un modelo de Intervención Grupal para 10 personas con trastornos depresivos, con un total de 6 sesiones de 1,5 a 2 hrs. de duración. El conductor o facilitador de estos grupos puede ser el psicólogo del establecimiento u otro profesional capacitado (Asistente Social, Enfermera, Matrona), con experiencia en el manejo de grupos e interés personal por esta estrategia.

El modelo propuesto cuenta con la mejor evidencia de eficacia para trastornos depresivos. La intervención sigue un esquema sistemático sesión a sesión y se apoya en un manual para el conductor o facilitador y un set de transparencias para cada sesión.

## Es muy importante que todo el equipo conozca el **“Manual de Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria”**

Todas las personas que tengan un diagnóstico de Depresión leve o moderada pueden ser derivadas al grupo y beneficiarse de esta intervención.

Será muy importante que se difunda, en el establecimiento de Atención Primaria y en la comunidad cercana, la existencia de un Programa de Tratamiento de la Depresión que incluye este grupo de apoyo psicológico.

### Objetivos de la intervención grupal:

- **Ayudar a las(os) participantes a superar la Depresión.**
- **Evaluar periódicamente a las personas que asisten, con el fin de determinar la posible necesidad de iniciar un tratamiento farmacológico complementario.**
- **Entregarles herramientas para prevenir recaídas.**
- **Crear vínculos de apoyo institucional y/o personal que trasciendan el alta, con aquellas personas que muestren más fragilidad y aislamiento social o que concentren factores psicosociales de riesgo.**

**Los profesionales del equipo encargado deberán imaginar y desarrollar estrategias más directas y focalizadas de apoyo individual, familiar y social hacia las personas con riesgo psicosocial elevado (visitas domiciliaria, entrevista familiar, inserción en grupos comunitarios, derivación a instituciones comunales de apoyo, capacitación laboral, etc.).**

Para estas personas es claro que el concepto de alta será flexible y se extenderá más allá del término de la intervención psicosocial grupal y/o de los seis meses de tratamiento farmacológico.

# Consultoría

Una de las prestaciones de mayor costo-efectividad es la Consultoría entre profesionales de los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria o especialistas del Nivel Secundario y los Equipos de Salud de la Atención Primaria.

La consultoría está definida como un encuentro de trabajo que reúne en el Consultorio o Centro de Salud al equipo de atención primaria y al especialista del nivel secundario. Este encuentro debe ser programado para un mínimo de tres horas con una frecuencia mensual y con carácter regular y continuo.

Durante la Consultoría se discutirán y resolverán en conjunto algunos problemas clínicos y administrativos del programa.

## Objetivos de la Consultoría:

### Generales:

- Mejorar la capacidad resolutoria del Nivel Primario.
- Contribuir a la articulación de la Red, asegurando continuidad e integralidad de la atención.

### Específicos:

- Capacitación directa y continua al equipo de salud general para la detección, diagnóstico y tratamiento de la Depresión en la Atención Primaria.
- Definir mecanismos que aseguren la adecuada referencia y contrarreferencia de personas con trastornos depresivos severos o complicados entre el nivel primario y secundario de la Red.
- Supervisión clínico-técnica del Programa.

**En la consultoría se discutirán dificultades particulares en el desarrollo del programa local, necesidades de capacitación y problemas clínicos o psicosociales de algunas personas en tratamiento.**

### Ejemplos:

Diagnóstico diferencial y Comorbilidad - Intolerancia al tratamiento farmacológico o refractariedad - Riesgo de suicidio - Criterios de derivación a intervención psicosocial de grupo - Problemas en el manejo grupal - Manejo de recaídas - Derivación al nivel secundario - Criterios de "alta" - Métodos de registro y otros.

# Orientaciones para la Ejecución del Programa en la Atención Primaria

Una dificultad común a las normas, guías y manuales generados en el nivel central (MINSAL), es la distancia que se produce a veces entre sus contenidos u objetivos y la factibilidad de su ejecución práctica en terreno.

Se entregan aquí algunas orientaciones básicas, para la organización del trabajo en los Consultorios y Centros de Salud de atención primaria:

- 1** El Programa es un conjunto de actividades organizadas para enfrentar, mediante acciones eficaces y una cobertura creciente, el problema de los trastornos depresivos en la APS.
- 2** Se trata de un programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos depresivos con controles y seguimiento de personas con depresión leve o moderada, y derivación al nivel secundario de pacientes con trastornos depresivos severos o complicados. Estas actividades son **programadas, desarrolladas y evaluadas** por un equipo de los establecimientos donde se instala.
- 3** Se puede incorporar en el Consultorio como un sub-programa del **Programa del Adulto**, junto a Hipertensión Arterial, Diabetes o Tuberculosis. También puede, incorporarse como un sub-programa del programa de **Salud Mental** del Consultorio, junto a los sub-programas de Alcohol y Drogas, Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil, Trastornos Psiquiátricos Severos y otros.
- 4** Se sugiere que el Programa de Depresión tenga un estatus similar a los programas de Hipertensión Arterial, Diabetes y otros con mayor historia y desarrollo en el Consultorio.
- 5** Se nombrará un encargado o coordinador y se organizará un equipo local de trabajo. La coordinación del Programa requiere de una breve reunión de equipo una o dos veces al mes. Se requerirá de

horas de Asistente Social para apoyar la realización de los grupos o programar visitas domiciliarias (apoyo psicosocial directo y rescate).

**6** Debe contarse con algunas horas de un técnico paramédico entrenado en manejo de programas en el consultorio; pueden bastar 2 a 4 horas. semanales para revisión del fichero, puesta al día y preparar las citaciones o hacer llamados telefónicos a los inasistentes.

**7** Se tendrá una caja especial de tarjetones o cartolas con el universo de todos los ingresos. No basta sólo el número de ingresados al Programa, sino un ordenamiento interno del material de las cartolas, en el 100% de las personas ingresadas, de la siguiente manera:

- **Personas en control de acuerdo a las semanas señaladas en el manual.**
- **Pacientes que no concurrieron a primera citación o a su control.**
- **Pacientes inasistentes que no volvieron a otras citaciones y/o luego de visitas domiciliarias**
- **Egresos (altas o fallecidos)**
- **Derivaciones y Traslados**

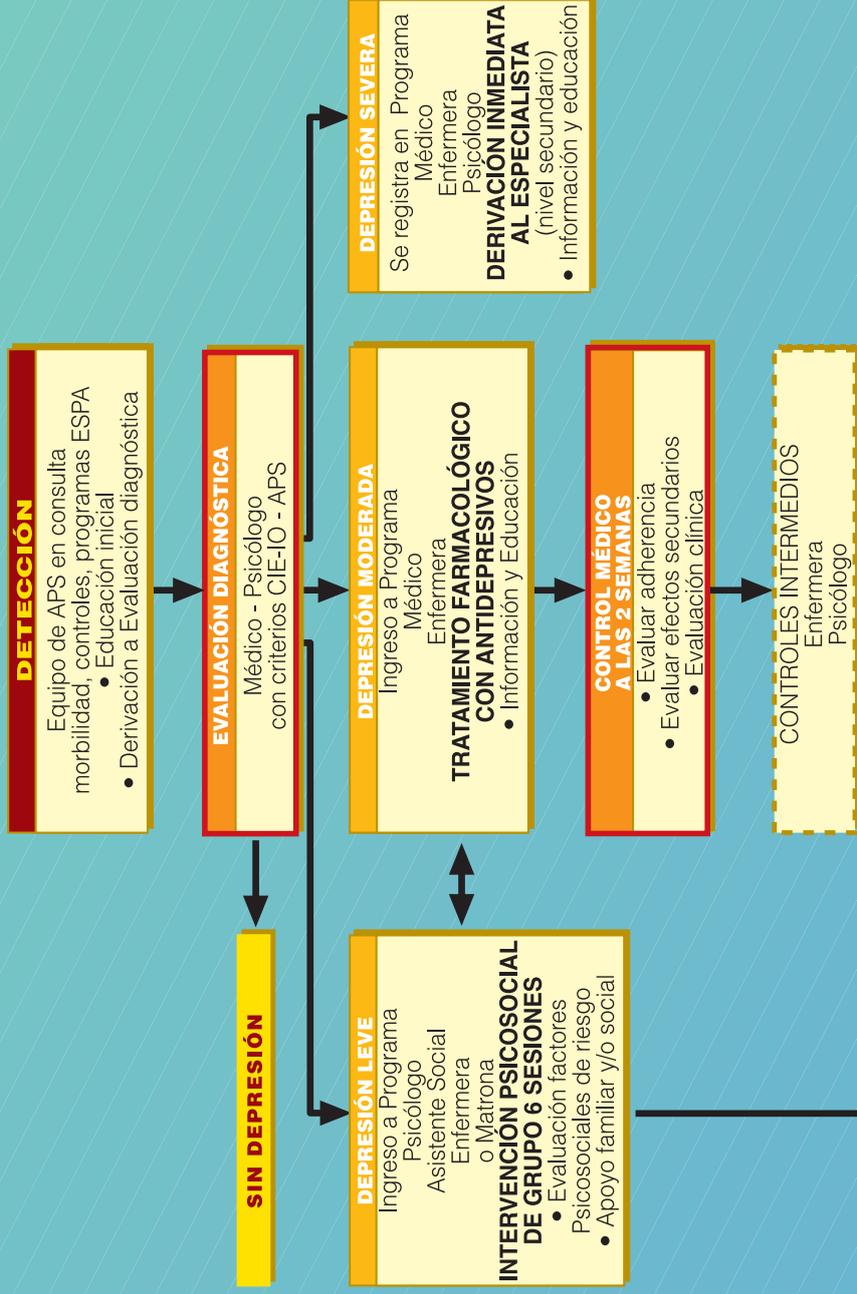
**8** Cuando la persona entrevistada cumple con los criterios diagnósticos de esta Guía Clínica, se inicia su tratamiento abriendo un tarjetón de registro para ella y siguiendo el plan de tratamiento establecido.

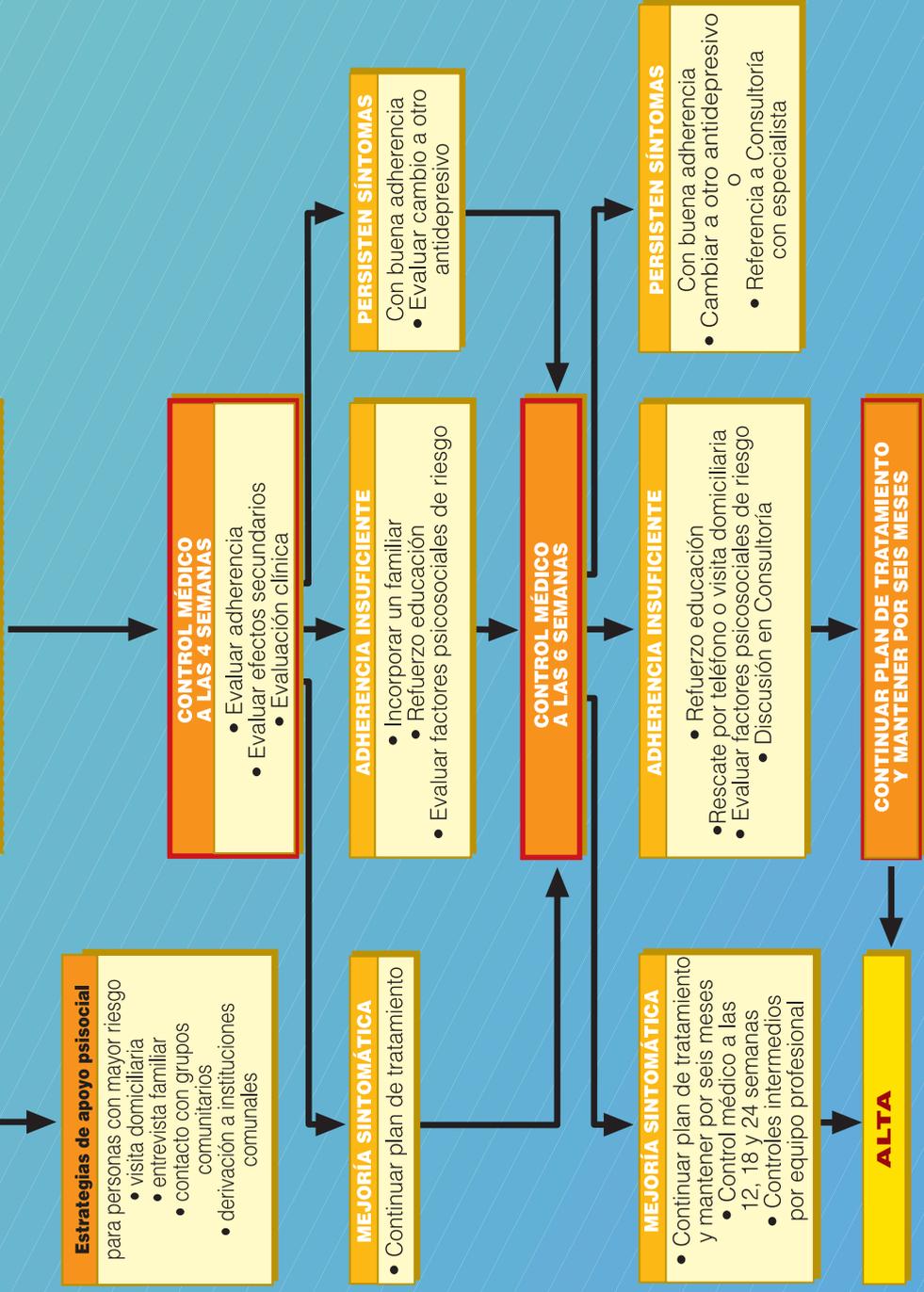
**9** El equipo encargado del programa en el Consultorio o Centro de Salud deberá velar por el cumplimiento del flujograma de atención y las decisiones clínicas y terapéuticas enunciadas en esta Guía.

**10** El registro estadístico tiene tres vertientes: el registro habitual en la ficha clínica, la tradicional hoja de atención diaria y el tarjetón o cartola propia del Programa.

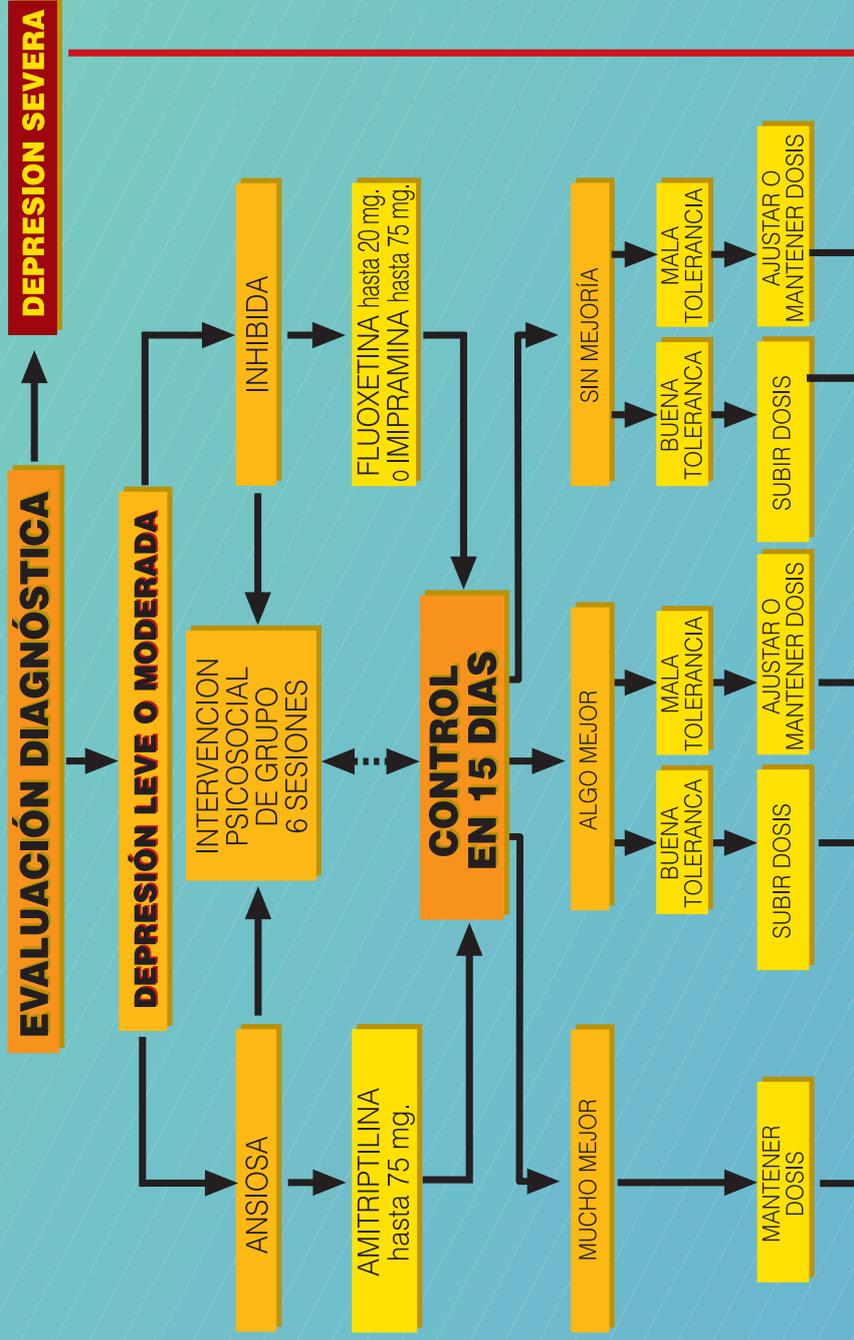
**11** Semanalmente se evaluará el estado de cada paciente en control a través del tarjetero del Programa.

# FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN





# ÁRBOL DE DECISIONES







## INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

FECHA CONTROL	FARMACOTERAPIA		EVALUACIÓN GLOBAL*		PRÓXIMA CITACIÓN
	FÁRMACO	DOSIS	GLOBAL*	PROFESIONAL	

## INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL

SESIÓN N°	ASISTENCIA		EVALUACIÓN GLOBAL*	PROFESIONAL
	SI	NO		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

\* **EVALUACIÓN GLOBAL**

- 1 Mucho peor
- 2 Peor
- 3 Sin cambios

- 4 Mejor
- 5 Mucho mejor

Anote el número bajo la columna correspondiente

# Referencias Bibliográficas

1. Domínguez R, Narváez P, ed. *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención*, Guía metodológica. Unidad de Salud Mental, DISAP, Ministerio de Salud; 1998.
2. Minoletti A, Lopez C, ed. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Unidad de Salud Mental, DISAP, Ministerio de Salud; 2000.
3. Minoletti A, Lopez C, ed. *Las enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias*. Unidad de Salud Mental, DISAP, Ministerio de Salud; 1999.
4. Asociación Mundial de Psiquiatría, Comisión Internacional para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión. *Programa Educativo de la WPA/PTD sobre Trastornos Depresivos. Módulo Visión de Conjunto y Aspectos Fundamentales*. Nueva York: NC Publishers.Inc.; 1997.
5. Concha M, Aguilera X, Guerrero A, Srevens P. *Estudio de Carga de enfermedad*. Ministerio de Salud, Chile; 1996
6. Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría VI*. Sexta edición, Vol 2, Cap 16. Buenos Aires: Inter-Médica, 1998.
7. OMS. CIE-10 *Trastornos Mentales y del Comportamiento Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid, Meditor; 1992
8. Freeman R, Gillam S, Shearin C, Plamping D. *COPC Depression and Anxiety Intervention Guide*. London: King's Fund Publishing; 1997.
9. Ayuso Gutiérrez JL, Ramos Brieva J. *Las depresiones en la clínica ambulatoria y su tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984
10. Katon W, Robinson P, VonKroff M, Lin E, Bush T, Ludman E, Simon G, Walker E. *A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care*. Arch.Gen.Psychiatry 1996;53:924-932

11. Simon G, Ormel J, Von Korff M, et al. *Ealth care costs associated with depression and anxiety disorders in primary care*. Am.J. Psychiatry 1995;152:352-357.
12. Gomberoff M, *La entrevista psicológica y la relación con el paciente*. Texto Psiquiatría, Gomberoff - Jimenez. Santiago Chile
13. Heerlein A., ed. *Psiquiatría Clínica*. Ediciones de la Sociedad de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía.Chile. Sección II, cap.12 y Sección III,cap 24. Santiago Chile;2000
14. Palao D, Cavero M. *Depresión: Claves Diagnósticas*. Barcelona:Temis Pharma, 1999.
15. Kielholz P,ed. *Masked depression*. Bern,Stuttgart,Vienna: Hans Huber Publishers,1973.
16. Soler P, Gascón J. *Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, 1999.
17. Araya R. *Trastornos Mentales en la Práctica Médica General*.Santiago Chile:Edición Saval,2000.
18. Araya R, Wynn R, Leonard R, Lewis G. *Psychiatry morbidity in primary health care in Santiago, Chile. Preliminary findings*.Br.J. Psychiatry 1994;165:530-533.
19. Araya R., Rojas G, Fritch R. *Terapia de Grupo para la Depresión*. Div. de Cs. Médicas Norte. Universidad de Chile, 2001.
20. Florenzano R, Acuña J, et al. *Frecuencia, características y manejo de los pacientes con desordenes emocionales atendidos en el nivel primario*.Rev chilende Neuro-Psiquiatría N°31;151-157, 1993
21. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. *Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago:prevalencia de seis meses*. Rev.Chilena de Psiquiatría XI/4,194-202, 1992.

## Autores y responsables de la edición:

**Dr. Jorge Vega Gálvez-Rivas**

Unidad de Salud Mental, DISAP MINSAL

**Ps. María Graciela Muñoz Sánchez**

Unidad Modelo de Atención, DIVAP MINSAL

**Ps. Myriam George Lara**

Unidad de Salud Mental, DISAP MINSAL

**Ps. Verónica Monreal Álvarez**

Unidad de Salud Mental, DISAP MINSAL

## Grupo de Trabajo

**Dra. Carmen López**

Jefe DISAP, Minsal

**Dr. Rodrigo Soto**

Jefe DIVAP, Minsal

**Dr. Alberto Minoletti**

Jefe U. de S. Mental, DISAP MINSAL

**Ps. Soledad Larrain**

UNICEF

**Dr. Rubén Alvarado**

Escuela de Salud Pública U. de Chile

**A.S. Flor Dragicevic**

DIVAP, MINSAL

**Dra. Graciela Rojas**

Facultad de Medicina, U. de Chile

**Dr. Rodrigo Erazo**

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Esta Guía Clínica, en muchos aspectos se elaboró sobre la base del documento metodológico: "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención" (1998), editado en la Unidad de Salud Mental del MINSAL por la psicóloga **Sra. Rosario Domínguez V.** y la E.U. y Matrona **Sra. Patricia Narváez E.**

Se incorporaron también materiales modificados del Programa Educativo de la Asociación Mundial de Psiquiatría/ PTD sobre trastornos depresivos.

Con las instituciones y equipos de profesionales que desarrollaron estas importantes fuentes, tenemos una grata deuda técnica e intelectual.

Agradecemos los comentarios y aportes que hicieron en la revisión de esta Guía los **Dres. Juan Maass, Jaime Landa, Rodrigo Maturana, Adriana Dreckmann, E.U. Isabel Ringeling,** y en forma particular a todos los miembros del Equipo de la Unidad de Salud Mental del MINSAL.





GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD