



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

HOSPITAL ANTONIO LORENA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE SALUD MENTAL

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

CUSCO

2024



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera – Santiago
Portal web: <http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

*Comprometidos con la
salud de la población*



**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**



Resolución Directoral

Cusco, 06 DIC 2024

VISTO: el Expediente N° 11728-2024, que contiene el INFORME N° 347-2024 JOGC/HAL-GRSC. de fecha 18 de noviembre del 2024, emitido por la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y III del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, prescribe que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público, por tanto es responsabilidad del Estado regular, vigilarla y promoverla; toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de salud es irrenunciable;

Que, el segundo párrafo del Artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud", estableciendo las directrices que orientan al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, el numeral 17.2 del artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 30947, dispone que el Ministerio de Salud elabora los documentos destinados a orientar las intervenciones en salud mental, con base en las evidencias científicas disponibles en los diferentes campos de las ciencias, los contextos y los recursos;

Que, por su parte la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", contribuyendo a la calidad y seguridad de las atenciones en salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basada en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", de aplicación obligatoria a todos los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos, con el objetivo de estandarizar la metodología para la generación de Guía de Práctica Clínica, en los Establecimientos del Sector Salud, a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios que permitan su elaboración de calidad basada en la mejor evidencia disponible;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general consiste en establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, la Jefa del Servicio de Salud Mental mediante INFORME N° 18-2024-SM-HAL de fecha 11 de noviembre del 2024, remite el proyecto Guía Práctica Clínica para Depresión y Tratamiento en Adultos, para su aprobación;

Que, en ese contexto normativo, mediante INFORME N° 347-2024 JOGC/HAL-GRSC, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación vía Resolución Directoral de la "Guía Práctica Clínica para Depresión y Tratamiento en Adultos" adaptada por el Servicio de Salud Mental, señalando que la citada Guía cumple con los



Resolución Directoral

Cusco, 06 DIC 2024

requisitos estipulados en la normatividad vigente, asimismo refiere que, ha sido validada y reconocida por el Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica del Hospital Antonio Lorena 2024;

Que, el Documento Técnico: Guía Práctica Clínica para Depresión y Tratamiento en Adultos, tiene por finalidad mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes con depresión en el ámbito de la atención hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, específicamente en el Hospital SAntonio Lorena; asimismo, promover la racionalidad y la eficiencia en la elección de las diferentes opciones terapéuticas, orientado a ayudar a los pacientes, familiares y allegados, elaborando información específicamente dirigida a ellos, que contribuya a la toma de decisiones informadas y a la mejora de la comunicación entre pacientes y los profesionales;

Con la finalidad de continuar el desarrollo de las actividades institucionales, y alcanzar los objetivos y metas como entidad hospitalaria; resulta pertinente emitir el acto resolutorio que apruebe la "Guía Práctica Clínica para Depresión y Tratamiento en Adultos" del Servicio de Salud Mental del Hospital Antonio Lorena;

Con las visaciones de la Dirección de Administración, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y de Asesoría Legal Externa del Hospital Antonio Lorena;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR el Documento Técnico: **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS** del Servicio de Salud Mental del Departamento de Medicina del Hospital Antonio Lorena, la misma que forma parte integrante de la presente resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR al Jefe del Servicio de Salud, la ejecución y seguimiento del Documento Técnico en mención, aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- Disponer la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal web Institucional del Hospital Antonio Lorena.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

ORIGINAL FIRMADO

.....
Dr. Dennis Fernando Mendoza Gamara
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HAL
CMP: 39244 RNE: 28701



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

ÍNDICE

A. METODOLOGÍA	3
1. INTRODUCCIÓN	3
2. ETAPAS Y PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA GPC	
2.1. ETAPA I: PREPARACIÓN	3
2.2. ETAPA II: FORMULACIÓN DE LA GPC	4
2.3. ETAPA III: BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE GPC EXISTENTES	4
2.4. ETAPA IV: DESARROLLO DE UNA GPC	6
2.5. ETAPA V: REDACCIÓN DE LA GPC	7
2.6. ETAPA VI: VALIDACIÓN DE LA GPC	7
2.7. ANEXO 1: CRITERIOS PARA AUDITORÍA	7
2.8. ANEXO 2: ACTUALIZACIÓN DE LA GPC	8
B. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS	
I. FINALIDAD	9
II. OBJETIVO	9
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	9
IV. PROCESO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS	
4.1. NOMBRE Y CÓDIGO	10
V. CONSIDERACIONES GENERALES.	
5.1. DEFINICIÓN	10
5.2. ETIOLOGÍA	11
5.3. FISIOPATOLOGÍA	13
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	16
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	18
5.5.1. Factores personales y sociales	19
5.5.2. Factores cognitivos	20
5.5.3. Factores familiares y genéticos	20
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	
6.1. CUADRO CLÍNICO	21
6.1.1. Signos y Síntomas	21
6.1.2. Diagramas de Depresión	22
6.2. DIAGNÓSTICO	23
6.2.1. Criterios de Diagnóstico	23
6.2.2. Diagnóstico diferencial	26
6.3. EXÁMENES AUXILIARES	27



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

6.3.1. De Patología Clínica	27
6.3.2. De imágenes	28
6.3.3. De exámenes especiales complementarios	28
6.4. MANEJO	28
6.4.1. Medidas generales y preventivas	28
6.4.2. Manejo en Hospital Nivel III-1	28
6.4.3. Terapéutica	30
6.4.4. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento	35
6.4.5. Signos de alarma	36
6.4.6. Criterios de Alta	39
6.4.7. Pronóstico	39
6.5. COMPLICACIONES	40
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	40
6.7. FLUXOGRAMA	40
VII. ANEXOS	44
VIII. BIBLIOGRAFÍA	46



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

A. METODOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN

La depresión en el adulto supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar, social y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio.

A pesar de todo lo anterior, el poco diagnóstico y tratamiento continúa siendo un desafío en el manejo de la depresión, con un importante porcentaje de pacientes que no acuden a consultar por sus síntomas.

Además de la incorporación e integración de la nueva evidencia existente sobre estrategias diagnósticas y terapéuticas, esta aproximación nos ha permitido constatar el impacto de la depresión, comprenderla desde un punto de vista humanístico y detectar áreas de mejora en el proceso asistencial. Otras aportaciones destacables son el planteamiento de un modelo de atención escalonado y de colaboración entre atención primaria y especializada que, según la evidencia actual resulta fundamental para mejorar la atención a un trastorno tan complejo como es la depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés.

Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad.

Las personas con depresión presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad.

2. ETAPAS Y PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE UNA GPC

2.1. ETAPA I: PREPARACIÓN

Paso 1: Priorización y selección del tópico de la GPC

La asociación entre depresión y enfermedades físicas y mentales, así como con el abuso de sustancias y conducta suicida es considerable. La relación de estas patologías y la depresión es compleja, ya que la depresión predispone a su padecimiento y al mismo tiempo la presencia de estas incrementa la probabilidad de tener depresión.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

No menos importante es el impacto funcional y en la productividad, que se ha estimado que podría representar parte importante de los costes asociados a la depresión. En este sentido, se planteó que la depresión es el trastorno mental más costoso. Los costes indirectos debidos a bajas por enfermedad y pérdida de productividad suponen un 61%, mientras que los costes directos se reparten entre la atención ambulatoria (61%), hospitalizaciones (9%), tratamiento farmacológico (8%) y mortalidad.

2.2. ETAPA II: FORMULACIÓN DE LA GPC

Paso 2: Constitución del Grupo Elaborador de la GPC (GEG)

Líder: M.C. Maria Dayana Jurado Andia

Integrantes:

M.C. Paulo Cesar Tuero Salgado

Psc. Juan José Quispe Huaman

Psc. Emerson Valverde Castro

Psc. Roxana Paucar Villa

Psc. Pilar Vargas Flores

Paso 3: declaración de Conflicto de Intereses

Todos los miembros del GEG manifiestan no tener Conflictos de Interés.

Paso 4: Formulación de las preguntas clínicas de la GPC

Reformulación de las preguntas clínicas siguiendo el formato PICO (Patient/
Intervention/Comparison/ Outcome): Paciente/ Intervención/
Comparación/Resultado

¿El Diagnóstico en pacientes adultos con Depresión es adecuado según la
Investigación actual para el 100% de quienes consultan en el HAL?

¿El tratamiento administrado en el HAL está de acuerdo a las últimas
recomendaciones Internacionales en el 100% de pacientes diagnosticados?

2.3. ETAPA III: BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE GPC EXISTENTES

Paso 5: Búsqueda sistemática de GPC

- Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care.
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2009

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Eunsoo Won, Seon-Cheol Park, Kyu-Man Han, Seung-Hwan Sung, Hwa-Young Lee, Jong Woo Paik, Hong Jin Jeon, Moon-Soo Lee, Se-Hoon Shim, Young-Hoon Ko, Kang-Joon Lee, Changsu Han, Byung-Joo Ham, Joonho Choi, Tae-Yeon Hwang, Kang-Seob Oh, Sang-Woo Hahn, Yong-Chon Park, and Min-Soo Lee. Evidence-Based, Pharmacological Treatment Guideline for Depression in Korea, J Korean Med Sci 2014; 29: 468-484. Revised Edition <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2014.29.4.468>
- . Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Depresión. (APAL) 2008
- Marcelo P. Fleck, Marcelo T. Berlim, Beny Lafer, Everton Botelho Sougey, José Alberto Del Porto, Marco Antônio Brasil, Mário Francisco Juruena, Luis Alberto Hetem. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version) Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral) Rev Bras Psiquiatr, 2009;31 (Suppl):S7-17
- Major Depression in Adults in Primary Care. National Guideline Clearinghouse (NGC) and the Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2008.
- Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian 2013

Paso 6: Evaluación preliminar de las GPC identificadas

Valorando las búsquedas de información múltiples en bases de datos; observando que es replicable la búsqueda de evidencia primaria; con año de publicación reciente, con similitud de la población objetivo y la coincidencia con el tópico de estudio.

- Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2009
- Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian 2013

Paso 7: Evaluación de la calidad de las GPC identificadas

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Se utilizó el instrumento AGREE II, con 2 revisores y puntaje promedio aprobatorio o mayor de 60%.

- Con una puntuación de la calidad en la evaluación global de la GPC mayor al 60%, según el AGREE II.
 - Con puntuación de la calidad >60% en los siguientes dominios: alcance y objetivos, rigor metodológico y aplicabilidad, según el AGREE II.
- Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2009

Paso 8: Decisión de desarrollar una GPC de nuevo o desarrollar una GPC adaptada

Se establece que la GPC seleccionada cumple los requisitos para ser adaptada en cuanto a un adecuado rigor metodológico, independencia editorial, fecha, objetivos buscados y el tiempo de formulación, además del uso de la metodología GRADE por lo que se analizan las recomendaciones y se procede a la adaptación de la GPC y su redacción.

2.4. ETAPA IV: DESARROLLO DE UNA GPC

Opción B. Desarrollo de la GPC adaptada

Paso 9B: Evaluación del cuerpo de la evidencia

El GEG cuenta con GPC que cumplen los criterios de los pasos previos: coinciden con el tópico de interés, objetivo y alcance, teniendo una calidad adecuada.

Paso 10B: Evaluación de la aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones

- Se evaluó si la recomendación sería aceptada por la población objetivo (aceptabilidad).
- Se evaluó si la recomendación podría ser puesta en práctica, teniendo en consideración los recursos y barreras locales (aplicabilidad).

Paso 11B: Adopción de la recomendación

Se adoptaron todas las recomendaciones que cuentan con evidencia actualizada, que han sido evaluadas con metodología sistemática y transparente, y resultan aplicables y aceptables en el contexto local del HAL en el Cusco.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

2.5. ETAPA V: REDACCIÓN DE LA GPC

Paso 12: Redacción del borrador de GPC

Se procedió a la redacción del documento GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

2.6. ETAPA VI: VALIDACIÓN DE LA GPC

Paso 13: Consulta con los grupos de interés

Se incluyó la perspectiva de los pacientes y familiares mediante la realización de un apartado cualitativo sobre sus perspectivas y necesidades acerca de la depresión: Estudio cualitativo basado en grupos focales (dos con pacientes y uno con familiares) en los que se abordaron las siguientes áreas:

- › Naturaleza e impacto de la depresión.
- › Convivencia con la depresión.
- › Valoración de los profesionales implicados y del proceso asistencial.
- › Tratamiento: beneficios, efectos secundarios o no deseados, adherencia y participación en la toma de decisiones.
- › Grado de satisfacción global con los cuidados recibidos.
- › Necesidades y preferencias sobre la información que reciben y sobre la comunicación con los profesionales sanitarios que les atienden.

Paso 14: Revisión externa (revisión por pares)

No hubo revisión de esta Guía por pares externos.

2.7. ANEXO 1: CRITERIOS PARA AUDITORÍA

Los puntos clave de las Recomendaciones permiten tener estándares para realizar las Auditorías.

2.8. ANEXO 2: ACTUALIZACIÓN DE LA GPC

Se encarga a los miembros del GEG revisar bibliografía actualizada por meses y de acuerdo a lo encontrado y a su participación en Foros y/o Congresos

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Nacionales y/o Internacionales, evaluar la necesidad de actualizar la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

INTEGRANTE/MES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
M.C. Maria Dayana Jurado Andia	X						X					
M.C. Paulo Cesar Tuero Salgado		X						X				
Psc. Juan José Quispe Huaman			X						X			
Psc. Emerson Valverde Castro				X						X		
Psc. Roxana Paucar Villa					X						X	
Psc. Pilar Vargas Flores						X						X

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

B. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

I. FINALIDAD.

La finalidad de la presente Guía de Práctica Clínica (GPC) es mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes con depresión en el ámbito de la atención hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, específicamente del Hospital Antonio Lorena en el Cusco.

Su cometido es ofrecer recomendaciones actualizadas al profesional de salud para el diagnóstico oportuno y acurado de los pacientes adultos con depresión.

Asimismo, promover la racionalidad y la eficiencia en la elección de las diferentes opciones terapéuticas.

También está orientado a ayudar a los pacientes, familiares y allegados, elaborando información específicamente dirigida a ellos, que contribuya a la toma de decisiones informadas y a la mejora de la comunicación entre los pacientes y los profesionales.

Por último, permitirá desarrollar indicadores de evaluación de la calidad asistencial e identificar áreas prioritarias de investigación futura.

II. OBJETIVOS.

2.1. Ofrecer las pautas para un diagnóstico certero y oportuno de los pacientes Adultos con Depresión en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

2.2. Recomendar las opciones terapéuticas disponibles en nuestro medio que vayan de acuerdo a los últimos avances en cuanto a Depresión a nivel nacional e internacional.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Los grupos diana son aquellas personas adultas con diagnóstico de episodio depresivo que se atiendan en el HAL. La Guía cubrirá la atención que estos pacientes puedan recibir de los profesionales de salud, en atención especializada, en concreto, aspectos relativos al diagnóstico clínico, métodos de evaluación y tratamiento (psicoterapia, tratamiento farmacológico, tratamiento combinado y otras intervenciones) en el HAL.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

4.2. CÓDIGO CIE 10 Y NOMBRE:

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

F32.0 Episodio Depresivo Leve

F32.1 Episodio Depresivo Moderado

F32.2 Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos

F33.0 Trastorno Depresivo Recurrente leve

F33.1 Trastorno Depresivo Recurrente moderado

F33.2 Trastorno Depresivo Recurrente grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno Depresivo Recurrente grave con síntomas Psicóticos

F33.4 Trastorno Depresivo Recurrente en remisión

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.6. DEFINICIÓN

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, frecuentemente se percibe el trastorno depresivo asociado a ansiedad

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares.

5.7. ETIOLOGÍA

La depresión mayor representa un problema de salud pública debido a su elevada morbilidad: el 5% de la población mundial presenta algún trastorno depresivo. Esta patología puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves como el suicidio.

La etiología de la depresión es compleja, en ella intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos como psicosociales. Dentro de los biológicos hay evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino.

Esto demuestra una relación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo. Por lo tanto, el tratamiento de la depresión deberá basarse en la comprensión de su etiología y en la integración de la farmacoterapia y la psicoterapia.

A continuación, algunas de las causas de la depresión en más detalle.

PRIMARIAS

a. Bioquímica cerebral

Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión.

Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Adicionalmente se han relacionado con depresión el GABA y la acetilcolina.

b. Neuroendocrinos

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo

Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol.

Además, existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con esta condición poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen alteraciones en la función tiroidea.

Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de hormona del crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión.

c. Neurofisiológicos

Un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que se les realiza EEG, es la disminución de los movimientos oculares rápidos (MOR, O REM)

d. Genéticos y familiares

Estudios en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1,5 a 3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general.

SECUNDARIAS

a) Drogas

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos AINES (indometacina, fenocetina, fenilbutazona), antibióticos (cicloserina, griseofulvina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propanolol, reserpina, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardíacas (digitálicos, procainamida), corticoesteroides y ACTH, disulfirán, L-Dopa, metisérgida y contraceptivos orales.

b) Enfermedades orgánicas

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Cualquier enfermedad, especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia; como: Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, feocromocitoma, porfirina, cáncer de páncreas, infarto al miocardio.

c) Enfermedades psiquiátricas

La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión. El alcoholismo y la farmacodependencia pueden también producir depresión secundaria.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Las teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos se desarrollan a lo largo de dos líneas principales de investigación:

1. Estudios endocrinos.
2. Neurotransmisores.

En el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleus. Envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. También existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a algunas otras áreas del encéfalo.

Existe la hipótesis de que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo. Es probable que las personas que presentan lesiones en estas partes (especialmente en el hemisferio no dominante) presenten síntomas depresivos. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados, y a este sistema se le atribuye una función en la producción de las emociones. Las alteraciones el sueño, apetito, conducta sexual y los cambios biológicos en las medidas endocrinas, inmunológicas y cronobiológicas observadas en los pacientes deprimidos sugieren una disfunción del hipotálamo. La postura inclinada de los pacientes

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

deprimidos, su enlentecimiento motor y las alteraciones cognitivas leves son similares a los signos observados en los trastornos de los ganglios basales.

Se sugiere una disfunción hipotálamo-hipófisis en todos los trastornos afectivos, debido a que ninguno de estos hallazgos es específico para algún tipo de enfermedad depresiva o consistente en todas las enfermedades depresivas. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con frecuencia presentan elevación de las concentraciones de los esteroides corticales en la sangre y orina y la mitad no pueden suprimir la secreción de cortisol después de que se les administra dexametasona. La reacción a la hormona estimulante de la tiroides (TSH), con la hormona liberadora de tirotrópina también resulta aberrante, aunque la concentración sanguínea de T3 y T4 sea normal. La hormona del crecimiento, prolactina, hormonas gonadales, líquido cefalorraquídeo y melatonina tienen reacciones disminuidas en subgrupos de trastornos afectivos.

Los primeros estudios sobre los mecanismos en los trastornos del estado de ánimo se relacionan con diversos sistemas de neurotransmisores en el sistema nervioso central.

Los estudios de los neurotransmisores se fundamentan en el éxito de los medicamentos para el tratamiento. El 70% de los pacientes depresivos responden efectivamente a fármacos que aumentan los efectos excitadores de estos neurotransmisores en las terminaciones nerviosas, como los tricíclicos y los inhibidores de la MAO (IMAO's) que aumentan la disponibilidad de catecolaminas.

Se presume que el sistema de la norepinefrina y el de la serotonina normalmente impulsan el sistema límbico para aumentar la sensación de bienestar, para proporcionar alegría, satisfacción, buen apetito, impulso sexual apropiado y equilibrio psicomotor; aunque en exceso puede causar manía. Además, los centros de recompensa y placer del hipotálamo y de las zonas circundantes reciben numerosas terminaciones nerviosas de los sistemas de norepinefrina y de serotonina.

La teoría postula que una cierta cantidad de aminas o un cierto nivel de sensibilidad de los receptores de las catecolaminas genera un estado de ánimo normal. La insensibilidad de los receptores, disminución total de las aminas, o descenso en su síntesis o almacenamiento causa la depresión.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

La hipótesis de las aminas biógenas, que se centraba en los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina, atribuye la depresión y la manía, respectivamente, a un déficit o a un exceso de estos neurotransmisores en localizaciones sinápticas fundamentales en el cerebro. Esto envuelve la hipótesis de que un gran rol de serotonina permite un declive en la función de norepinefrina.

La exploración post- muerte de los suicidas sugiere una alteración de la actividad noradrenérgica, con aumento de la unión a los receptores alfa1, alfa2 y beta-adrenérgicos de la corteza cerebral, y un descenso del número total y densidad de las neuronas noradrenérgicas del Locus Ceruleus.

En algunos pacientes con trastornos depresivos mayores se han referido alteraciones del sistema dopaminérgico y del ácido gamaaminobutírico (GABA).

La serotonina se ha convertido en el neurotransmisor más asociado a este trastorno, debido a la enorme repercusión que han tenido los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) en su tratamiento. La identificación de múltiples receptores ha aumentado el interés por este neurotransmisor. Su descenso puede precipitar una depresión. Se han detectado menos zonas de captación para la serotonina en las plaquetas, medidas a través de la unión a plaquetas de la imipramina. El hallazgo de bajos niveles de triptófano en el plasma, alteraciones en el metabolismo de la serotonina, disminución de ácido 5- hidroxindolacético (metabolito principal de serotonina en el cerebro, en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del transportador serotoninérgico en las plaquetas sugiere la participación del sistema de la serotonina. Se ha descrito una disminución de receptores serotoninérgicos y un aumento en la concentración de serotonina en el cerebro de los suicidas, al igual que cambios neuroendocrinos compatibles con una disfunción pre o postsináptica de las neuronas serotoninérgicas.

Sin embargo, ninguna teoría es del todo satisfactoria y se sugiere que otros mecanismos y sistemas podrían estar involucrados. Se ha descubierto que los tricíclicos abarcan muchos sistemas receptores y que su acción principal puede ser la de cambiar o regular la sensibilidad del receptor y no la de actuar directamente como neurotransmisor.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Además, hay fármacos con efectos antidepresivos, que no afectan estos sistemas transmisores, como la carbamazepina que es un anticonvulsivante, que influye de manera favorable en la evolución de ciertos pacientes con enfermedad bipolar. También los antidepresivos bloquean la recaptura de neurotransmisores en un plazo de horas después de su administración, sus efectos aparecen en varias semanas, lo que indica que su mecanismo de acción radica en cambios en los sistemas de segundos mensajeros, como proteínas G.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los trastornos depresivos son comunes. La depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres. El riesgo de padecer una depresión grave incrementa 1.5 a 3.0 veces si la enfermedad la padecen parientes en primer grado, en comparación con aquellos cuyos familiares en primer grado no la padecen.

Sorpresivamente, existe una pequeña concordancia en la asociación con la edad. Existen muchas personas que aun conociendo los criterios de diagnóstico para la depresión no solicitan el tratamiento. Recientes estudios sugieren que las altas tasas de incidencia de la depresión ocurren entre adultos jóvenes (12 a 24 años), y las tasas bajas ocurren entre personas de 65 años de edad o más.

Comienza entre los 20-50 años y tiene mayor probabilidad de sufrir depresión aquellos que nacieron en las últimas décadas del siglo pasado, posiblemente debido a la influencia del medio externo.

Los estudios epidemiológicos en los Estados Unidos han dado ya sus primeros resultados; la depresión tiene una incidencia del 5-6% de la población, con una prevalencia del 5-11% a lo largo de la vida. La probabilidad de que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre los 20 y los 40 años.

La morbilidad es similar a la de la angina de pecho o de la enfermedad aterosclerótica, y más debilitante socialmente que la diabetes o la artritis;

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

además se calcula que solo el 33% de los pacientes se encuentran en tratamiento.

Los intentos de suicidio afectan al 10% de los pacientes deprimidos; el 15% de las personas gravemente deprimidas terminan suicidándose y al menos el 66% de todos los suicidas han tenido depresión previa.

Los trastornos emocionales están asociados con un trabajo pobremente productivo, y también afecta a los otros miembros de la familia. Existe evidencia de que los niños de mujeres con depresión tienen un mayor número de problemas escolares, de conducta, bajos niveles de convivencia social y autoestima en comparación con sus compañeros cuyas madres no padecen la depresión.

Los trastornos depresivos además han mostrado estar asociados con el incremento en las tasas de mortalidad e incapacidad por enfermedades cardiovasculares. Este y otros hallazgos constituyen la base de muchas investigaciones actuales.

Según otros autores, la prevalencia en el curso de la vida llega a ser del 17% y en el caso de la depresión breve recurrente del 11%. Todos los estudios coinciden en que la incidencia es el doble en las mujeres, y fácilmente se desarrolla como enfermedad crónica. Hay datos que en el año 2020, la depresión fue la segunda enfermedad más discapacitante, después de la cardiopatía isquémica.

Un estilo de vida poco saludable puede ser muy común entre personas deprimidas. Cualquiera que sea la causa, los datos sugieren que los médicos deben estar alerta en casos de depresión que ocurran en el contexto de otras enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, cuando la depresión es diagnosticada en presencia de otras enfermedades, el tratamiento debe ser considerado y discutido con el paciente.

Un tercio de los individuos con desórdenes depresivos experimentan un curso crónico prolongado de 2 años o más, caracterizado por episodios prolongados de la enfermedad y remisiones incompletas entre los episodios. Las formas crónicas de la depresión incluyen los desórdenes de depresión mayor crónica, desórdenes distímicos, depresión doble y desórdenes depresivos mayores

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

recurrentes. La velocidad de recaídas de estos episodios recurrentes es similar a la incidencia de los episodios, dentro de los cuales el 25% de los individuos recaen después de 1 año y el 8% recaen después de 5 años.

Por otra parte, de los pacientes que padecen una depresión doble, sólo el 39% tienen una remisión completa de depresión mayor y distimia durante los primeros 2 años. Los síntomas residuales depresivos después de un episodio de depresión mayor han sido reportados como un factor de riesgo de recaídas en pacientes con antecedentes de distimia.

La presencia de desórdenes depresivos mayores y distimia es muy frecuente en mujeres y hombres. Los estudios muestran que un 21.3% de las mujeres y un 13.7% de los hombres experimentan un desorden de depresión mayor y que el 8% de las mujeres y el 4.8% de los hombres experimentarían distimia. Por otra parte, los estudios sobre la influencia de las diferencias de sexo en cuanto a la cronicidad y recurrencia de los desórdenes de depresión mayor han mostrado resultados inconsistentes. Sin embargo, una serie de estudios longitudinales sugieren que las mujeres pueden ser más propensas a sufrir un curso crónico o recurrente de esta enfermedad. De hecho, muchos estudios con pacientes que padecen depresión crónica o doble, han discutido el gran número de mujeres que reciben tratamiento previo para la depresión con medicamentos psicotrópicos y/o psicoterapia.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación con las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de ésta. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

5.5.1. Factores personales y sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales.

Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor.

También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo publicado

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico.

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

5.5.2. Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

5.5.3. Factores familiares y genéticos

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

El estado de ánimo típico es deprimido, irritable y/o ansioso. El paciente puede mostrar un aspecto patético, con el ceño fruncido, las

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

comisuras de los labios hacia abajo, evitando mirar a los ojos y hablando con monosílabos o permaneciendo callado.

El estado de ánimo enfermizo se acompaña de preocupaciones por culpa, ideas de auto denigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio; también son frecuentes las alteraciones del sueño.

En algunos casos, la profundidad del estado de ánimo alterado es tal que el paciente no puede llorar y se queja de imposibilidad para expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido y desvitalizado.

La melancolía, llamada antes depresión endógena, constituye un cuadro clínico cualitativamente distinto, caracterizado por una lentitud de pensamiento y actividad notable o agitación psicomotriz (inquieta, retorcerse las manos, habla atropellada), pérdida de peso, culpabilidad irracional y pérdida de capacidad para experimentar placer.

El estado de ánimo y la actividad varían a lo largo del día, con su punto más bajo por la mañana. La mayoría de los pacientes melancólicos se quejan de tener dificultad para conciliar el sueño, se despiertan muchas veces y sufren insomnio a mitad de la noche o por la mañana muy temprano. El deseo sexual falta o está disminuido a menudo. Puede haber también amenorrea, anorexia y pérdida de peso, con alteraciones secundarias del equilibrio electrolítico.

En la depresión atípica los signos vegetativos dominan el cuadro clínico, incluyendo síntomas de ansiedad y fobia, empeoramiento nocturno, insomnio inicial, hipersomnia que a menudo se extiende a lo largo del día e hiperfagia con aumento de peso.

Los pacientes que sufren este tipo de depresión tienen un mejor estado de ánimo ante acontecimientos positivos, pero a menudo se derrumban ante las menores adversidades, cayendo en una posición paralizante.

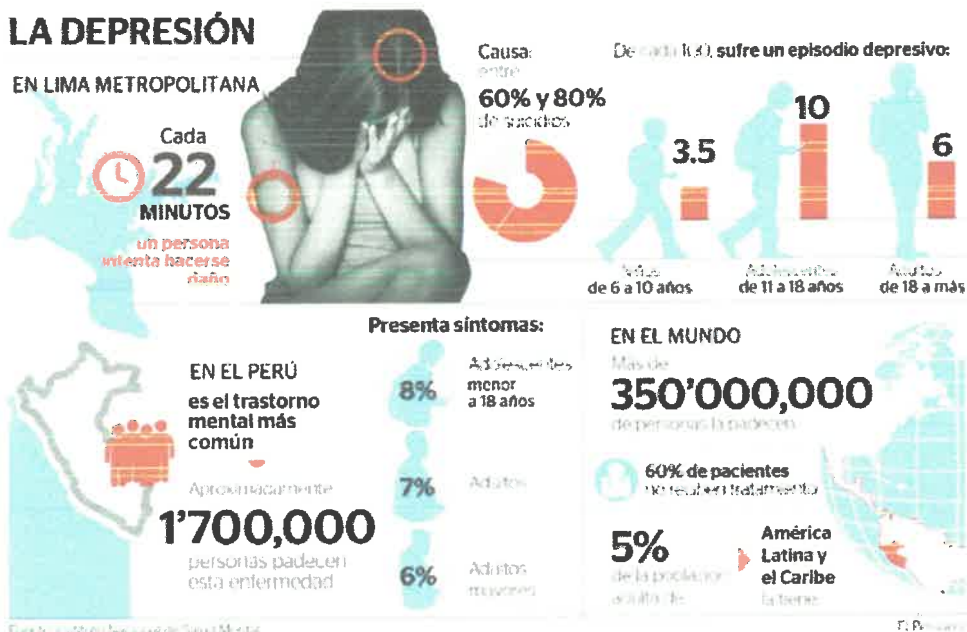
6.1.2. Diagramas de la Depresión

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



LA DEPRESIÓN

EN LIMA METROPOLITANA



6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la *American Psychiatric Association* (DSM)55.

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (tabla 1):

- ánimo depresivo
- pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- aumento de la fatigabilidad

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un 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: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual- Empeoramiento matutino del humor depresivo- Presencia de enlentecimiento motor o agitación- Pérdida marcada del apetito- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes- Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS.

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo <ul style="list-style-type: none">- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
--

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- 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.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*

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

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos 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

Fuente: Adaptado de OMS

Clasificación de la *American Psychiatric Association*, quinta edición (DSM-5)

Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM- IV-TR para el

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco

Fuente: *American Psychiatric Association. DSM-5*

6.2.2. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita.

En la **tabla 4** se presentan las principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva. Es importante tener en cuenta su posible presencia con el fin de realizar las pruebas pertinentes que orienten a estas patologías.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de la depresión

Patologías médicas	Trastornos mentales
<p>Endocrino/Metabólicas: Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria</p> <p>Infecciosas: Tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias</p> <p>Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.</p> <p>Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer páncreas.</p> <p>Otros: Lúes, dolor crónico</p>	<p>Trastorno angustia/ansiedad</p> <p>Trastorno obsesivo compulsivo</p> <p>Trastorno bipolar</p> <p>Distimia</p> <p>Trastornos adaptativos</p> <p>Síntomas negativos de la esquizofrenia</p> <p>Consumo de tóxicos</p>

Fuente: *American Psychiatric Association. DSM-5*

Además, existen drogas y fármacos que pueden causar sintomatología depresiva, por lo que también deberían tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

Los exámenes auxiliares deberán ser solicitados siempre que haya comorbilidades médicas o condiciones clínicas que estén asociados al

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

trastorno depresivo. En casos de TDM, presentan un papel importante para el diagnóstico diferencial y para la seguridad del tratamiento antidepressivo en todas las edades.

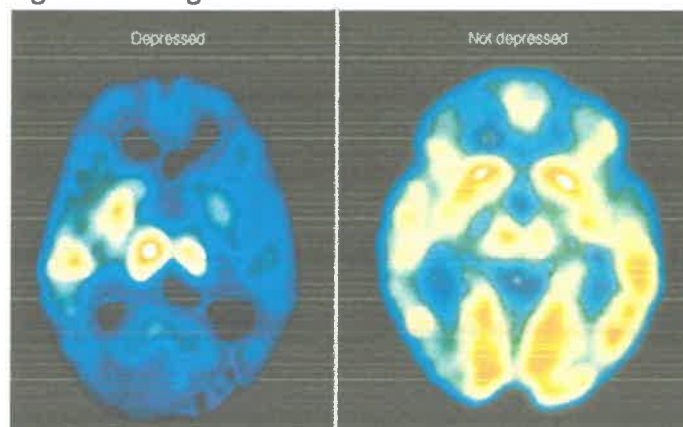
6.3.1. De Patología Clínica

Solo solicitado en caso de descartar orgánico ya que aún no contamos con biomarcadores, deben ser solicitados exámenes basales de

- Hemograma
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Función Hepática
- Función Lipídica
- Función Tiroidea

6.3.2. De imágenes

Nuevamente no se cuenta con exámenes de imágenes que nos apoyen, pero a un nivel experimental se utiliza Resonancia Magnética Funcional pero solo a un nivel experimental, como sigue en la siguiente imagen.



6.3.3. De exámenes especiales complementarios

No aplica

6.4. MANEJO

6.4.1. Medidas generales y preventivas

En las últimas dos décadas ha aumentado el interés por desarrollar diferentes modelos de atención a la depresión. Entre los factores más importantes que han impulsado la investigación en este ámbito están

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

el reconocimiento de la depresión como una enfermedad crónica y discapacitante y la necesidad de promover enfoques asistenciales compartidos entre atención primaria y especializada. Aunque existen diversidad de modelos e intervenciones diseñadas para este fin, los modelos escalonados son quizás los más prometedores.

6.4.2. Manejo en Hospital de Nivel II-1

El modelo escalonado aplicado para Consultorio Externo, Hospitalización y Emergencia

Los modelos escalonados de tratamiento se han desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante la proporción de las intervenciones menos intensivas según el estado y evolución del paciente. A pesar de que el escalonamiento de las intervenciones según la complejidad y gravedad de las patologías está implícito en general en la atención sanitaria, los sistemas escalonados son un intento de formalizar un continuo en la atención prestada y mejorar la eficiencia.

Se ha propuesto que este modelo es el adecuado para el manejo de la depresión por diferentes razones. Entre las más importantes se han destacado la evidencia de equivalencia de resultados entre intervenciones de diferente intensidad, la promoción del uso eficiente de los recursos y la aceptabilidad de la intensificación de intervenciones según la gravedad tanto por parte de los profesionales como de los pacientes.

Algunas de las premisas de las que parte este de modelo son la potenciación del trabajo multidisciplinar y la colaboración entre atención primaria y especializada. La atención se estratifica de modo que el primer escalón propuesto es la intervención menos intensiva en atención primaria, y en aquellos casos en los que no se consigue la respuesta adecuada tras intensificar la intervención, el nivel asistencial más apropiado sería el especializado.

Este modelo de tratamiento es habitualmente propuesto por el NICE, y en el caso de la depresión, tanto la guía sobre la depresión en el adulto como la de depresión en enfermedades crónicas han organizado sus recomendaciones de manejo según este modelo.

También se ha propuesto como un modelo de organización de los servicios para el manejo de la depresión.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Sin embargo, a pesar de su recomendación por parte de diferentes organizaciones, no existen muchos estudios que se hayan centrado específicamente en evaluar los resultados de su adopción. En general la evidencia de la efectividad de estos modelos en salud mental es limitada, aunque su inclusión como parte de modelos más complejos de atención colaborativa se ha asociado con mejores resultados en salud y prescripción de tratamientos.

Algunas de las consideraciones a tener en cuenta en la adopción de los modelos escalonados es la repercusión que puede tener el fracaso de las intervenciones iniciales en la posterior respuesta a otros tratamientos. Además, aunque se ha planteado que entre las fortalezas de este modelo está la alta aceptabilidad de los pacientes, existe evidencia de menores tasas de entrada en dos ensayos clínicos incluidos en la guía del NICE13. A pesar de estas críticas y de que la evidencia no es concluyente, se ha planteado que el modelo escalonado en el manejo de la depresión, continúa siendo uno de los modelos de prestación de servicios mejor desarrollado y que puede garantizar el acceso a tratamientos coste-efectivos, sobre todo cuando se implanta asociado a otras medidas encaminadas a garantizar entre otros aspectos, la evaluación regular y la facilitación del acceso a las intervenciones RS de diferentes tipos de estudios.

Objetivo de la intervención Naturaleza de la intervención

**Depresión grave
y/o resistente**

Tratamiento combinado

Depresión moderada

- **Intervenciones psicológicas**
- **Antidepresivos**
- **Tratamiento combinado**

Depresión leve

- **Evaluación, apoyo, psicoeducación**
- **Intervenciones psicológicas**
- **Antidepresivos**

PSICOTERAPIA

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Según la *European Association for Psychotherapy (EAP)*, la psicoterapia podría definirse como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos. Para ello utiliza métodos psicoterapéuticos científicos, en una interacción de uno o varios individuos con uno o varios psicoterapeutas, con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar¹³⁰.

Existen diferentes modelos de psicoterapia que varían en aspectos como su fundamentación teórica y el nivel de desarrollo formal de sus técnicas. En las últimas décadas, la investigación en el campo de la psicoterapia ha ido en aumento y de forma paralela, las guías de práctica clínica sobre depresión son consistentes en la recomendación de su empleo, sobre todo de aquellas intervenciones desarrolladas específicamente para el tratamiento de la depresión.

Aunque existe consenso sobre los beneficios de la psicoterapia en la depresión del adulto, persiste el debate sobre la eficacia comparativa de los diferentes modelos existentes. Además, para algunos autores no está claro si los efectos de la psicoterapia podrían haber sido sobreestimados debido a sesgos de publicación. Así, un estudio meta-analítico examinó el tamaño del efecto de 117 ensayos clínicos con 175 comparaciones entre una psicoterapia y el control, evaluando además una serie de indicadores de sesgo de publicación. Los autores observaron que tras un ajuste por el sesgo de publicación (a través de medidas indirectas), el tamaño medio del efecto se redujo un tercio.

Existen una serie de dificultades en los ensayos clínicos aleatorizados cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos:

- La existencia de factores comunes a todos los tratamientos psicológicos (variables del terapeuta y del paciente, relación terapéutica), que, si bien son factores esenciales de las psicoterapias, afectan potencialmente a los resultados obtenidos tanto en el grupo experimental como en el grupo control.
- Los tratamientos psicológicos no siempre están estandarizados por lo que pueden existir diferencias individuales y pequeñas

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

variaciones que influyen en el resultado. No obstante, cada vez hay más manuales estandarizados de tratamiento.

– En la mayoría de los estudios el grupo de comparación sigue el tratamiento habitual o atención convencional, pero no se define de forma operativa, lo que dificulta la comparación entre grupos.

Una reciente revisión sistemática evaluó todos aquellos ensayos clínicos aleatorizados que comparasen una intervención psicoterapéutica en adultos con depresión mayor. Los autores identificaron 198 estudios que incluyeron 15 118 pacientes y realizaron un metanálisis en el que integraron tanto evidencias directas como indirectas de los ensayos clínicos. Las siete psicoterapias fueron superiores a estar en lista de espera, con un tamaño de efecto entre moderado y alto. Sin embargo, los resultados no mostraron grandes diferencias al comparar las diferentes intervenciones entre ellas, ni entre formatos individuales y grupales. También observaron que, en general, los estudios de menor tamaño muestral y menos rigurosos metodológicamente encontraban mayores beneficios de la psicoterapia, siendo muchos de los incluidos de pequeño tamaño (solo 36 de los estudios tenían al menos 50 pacientes que recibiesen el mismo tratamiento).

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

RS, 1+

La terapia cognitiva, desarrollada originalmente por A. T. Beck y formalizada a finales de los años 70 para ser aplicada en la depresión, ha resultado ser la modalidad de terapia psicológica más frecuentemente estudiada en este trastorno.

La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativa

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. Ha sido evaluada en una diversidad de contextos (atención primaria, especializada, pacientes hospitalizados), comparada principalmente con tratamiento farmacológico y en diferentes muestras de pacientes. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves (entre 6-8 sesiones) y se

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o comorbilidad asociada.

La TCC en formato grupal también es empleada en pacientes con depresión mayor. La TCC grupal es altamente estructurada y tiene un fuerte componente psicoeducativo. Suele organizarse en 12 sesiones de dos horas realizadas a lo largo de 8 semanas.

La terapia cognitiva basada en la conciencia plena o *mindfulness* (*Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT*) es una variante de la TCC en formato grupal, diseñada específicamente para la prevención de recaídas o recurrencias. Se desarrolla en 8 sesiones grupales de frecuencia semanal y dos horas de duración, centradas en la detección y el desarrollo de habilidades para hacer frente a las sensaciones corporales, pensamientos y sentimientos asociados a las recaídas. Con la misma metodología anterior, Jakobsen et al. compararon los efectos de la TCC frente a la “no intervención” en el trastorno depresivo mayor.

Se incluyeron 12 ensayos (todos con alto riesgo de sesgo) que aleatorizaron un total de 669 participantes, todos ellos mayores de 17 años y con un diagnóstico de depresión mayor.

El metanálisis con los datos de la escala de Hamilton mostró que la TCC, en comparación con la no intervención, reduce significativamente los síntomas depresivos, aunque el análisis secuencial no pudo confirmar estos resultados. Por su parte, el metanálisis de los datos del BDI también mostró que la TCC reduce los síntomas depresivos, y en este caso, el análisis secuencial confirmó los resultados.

Pocos ensayos informaron sobre remisión, ideación suicida, conducta suicida y efectos adversos, sin encontrarse diferencias significativas entre los grupos de comparación. Para los autores, la TCC podría ser un tratamiento efectivo de la depresión mayor, aunque estos resultados podrían estar sobreestimados debido al riesgo de errores sistemáticos y aleatorios.

Por otra parte, los efectos de la TCC sobre la remisión, el suicidio, los eventos adversos y la calidad de vida no están claros. Para obtener conclusiones más firmes sería necesaria la realización de ensayos aleatorios con bajo riesgo de sesgo, que incorporaran periodos de seguimiento más prolongados y que evalúen los beneficios o perjuicios con variables de resultado clínicamente relevantes.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Nuevamente, utilizando la metodología Cochrane de revisiones sistemáticas, Jakobsen et al. compararon la terapia cognitivo-conductual con la terapia interpersonal en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Se incluyeron 7 ensayos (todos con alto riesgo de sesgo) que aleatorizaron un total de 741 participantes. El metanálisis de los cuatro estudios que presentaron resultados de la puntuación de la escala de Hamilton al finalizar el tratamiento no encontró diferencias significativas entre ambas intervenciones, al igual que el metanálisis con los datos del BDI. El análisis secuencial de los ensayos mostró que son necesarios más estudios para confirmar la existencia o no de un efecto diferencial. En ninguno de los ensayos se informó sobre efectos adversos.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Los antidepresivos son fármacos dirigidos a mejorar los síntomas asociados a la depresión y existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción (tabla 5). Hay un tiempo de latencia en el comienzo de sus efectos terapéuticos que puede ser de 2 a 4 semanas, aunque algunos estudios señalan una respuesta más temprana, especialmente en aquellos pacientes que al final alcanzan la remisión del cuadro.

Tabla 5. Clasificación de los diferentes antidepresivos

Antidepresivos clásicos	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	IMAO selectivo MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nueva generación	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Agonista melatoninérgico	Agomelatina
--------------------------	-------------

Fuente: *American Psychiatric Association. DSM-5*

La eficacia del tratamiento farmacológico de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, aunque existe controversia sobre qué antidepresivo es el más idóneo. En general, cuanto más graves son los síntomas de depresión más beneficio produce el tratamiento farmacológico.

6.4.4. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Los antidepresivos clásicos o de primera generación pueden presentar efectos secundarios que son mal tolerados por los pacientes e interaccionan de forma importante con otros fármacos o alimentos por lo que, en la actualidad, los antidepresivos de nueva generación son los más prescritos.

En la tabla 6 se resume el perfil de efectos adversos de los diferentes antidepresivos algunos efectos específicos y otras consideraciones especiales de prescripción

Tabla 6

	Sistema nervioso central				Anticolinérgicos		Cardiovasculares	Gastrointestinales			Otros			Letalidad en sobredosis	
	Sedación	Insomnio	Cefalea	Temblor	Boca seca	Sudoración	Hipotensión	Náuseas	Diarrea	Estreñimiento	Ansiedad	Fatiga	Disfunción sexual		Ganancia de peso
Clomipramina	+	+	-	++	+	++	++		+		+	+	+++	+	Moderada

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

ADT	na													
	Amitriptilina, Dulosepina	++	-	-	+	+	++	-	-	-	+	++	Alta	
	Imipramina	+	+	ND	ND	+	++	-	ND	ND	+	+	Alta	
	Desipramina, Nortriptilina	+	+	-	-	+	+	-	-	-	+	-	Alta	
IMAOs	Lofepramina	-	+	ND	ND	+	+	-	ND	ND	?	-	Baja	
	Tranilcipromina	+	++	ND	ND	+	++	+	ND	ND	++	++/-	Alta	
ISRS	Moclobemida	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Baja	
	Citalopram	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-	++	Baja	
	Escitalopram	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	ND	
	Fluoxetina	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	++	Baja	
	Fluvoxamina	++	-	++	+	+	+	+	++	-	+	++	Baja	
	Paroxetina Sertralina	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	++	-	Baja Baja
IRDN	Bupropion	-	++	-	-	+	-	-	+	-	+	-	Moderada	
IRSN	Venlafaxina	+	+	+	-	+	+	+	++	-	+	+	Moderada	
	Desvenlafaxina	-	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	?	
	Duloxetina	-	+	-	-	+	-	-	++	-	+	-	Moderada	
ASIR	Trazodona	++	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	Baja	
NASSA	Mianserina	++	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	Baja	
	Mirtazapina	++	-	-	-	+	-	-	-	-	+	++	Baja	
IRNA	Reboxetina	-	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	Baja	
AM	Agomelatina	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	?	

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5

Respecto a las interacciones, las farmacodinámicas tienen que ver con la alteración del efecto de un fármaco debido a competencia, potenciación o alteración de sus mecanismos fisiológicos. Este tipo de interacciones es fácil de predecir conociendo las propiedades farmacológicas de los diferentes antidepresivos.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Las interacciones farmacocinéticas de los antidepresivos se producen por inhibición de las enzimas del sistema citocromo hepático P450 implicadas en el metabolismo de la mayoría de los fármacos psicótropos y no psicótropos.

Así, la inhibición de una enzima específica de este sistema produce un aumento de los niveles plasmáticos (con posible toxicidad) de aquellos fármacos metabolizados por dicha enzima. La fluvoxamina, fluoxetina y paroxetina tendrían un elevado potencial de inhibición de algunos de las isoenzimas de este sistema, mientras que otros antidepresivos como el citalopram, mianserina, mirtazapina, reboxetina o venlafaxina sería mínimo.

Como norma general, se recomienda elegir los antidepresivos que presenten menor interferencia con el metabolismo de otros fármacos, especialmente en el caso de pacientes polimedicados.

6.4.5 Signos de alarma

Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. Debido a ello se recoge la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio ante un paciente depresivo, que podemos hacerla con la Escala Paykel de Suicidio.

TABLA 1
ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO

Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el **último año**

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado. En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio).

El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas. Otros factores que se han asociado al suicidio en pacientes con depresión son el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad.

Cuando existe riesgo de suicidio en un paciente con depresión se recomienda considerar la derivación a atención especializada, de modo urgente cuando el riesgo es elevado.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

6.4.6. Criterios de Alta

Criterios de alta para depresión:

☑ Dos años después de evidencia clínica de resolución de la crisis.

Criterios de seguimiento de control para depresión: -

☑ Menos de dos años después de evidencia clínica de resolución de la crisis.

6.4.7. Pronóstico

☑ Aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes con depresión mayor responden al tratamiento de primera línea con monoterapia farmacológica.

☑ Del 30 por ciento restante que no responde al tratamiento inicial, un número importante responde con clases alternativas de antidepresivos. Sin embargo, y a pesar de todos estos resultados, también es necesario señalar que existe un importante porcentaje de pacientes que no se beneficia de estos progresos.

☑ Los datos de algunos estudios señalan que un alto número de pacientes con depresión de reciente diagnóstico no recibe un tratamiento adecuado en términos de posología y duración, y que muchos casos de los considerados rebeldes son realmente casos de tratamiento inadecuado.

☑ Estudios recientes afirman que un 15 por ciento de los pacientes con depresión evolucionan a la cronicidad. No obstante, el tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen en la inmensa mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas.

☑ Una vez se han superado los síntomas de la depresión convendrá seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

☑ La presencia de características psicóticas en el trastorno depresivo mayor refleja una enfermedad severa y es un factor de pronóstico desalentador. Sin embargo, comúnmente se tiene éxito a corto plazo, aunque generalmente es de esperarse una recurrencia de los síntomas.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

☐ En términos generales, los síntomas de la depresión tienen una tasa más alta de recurrencia que los de la psicosis y es posible que los pacientes deban tomar medicamentos por mucho tiempo.

☐ En los pacientes adolescentes los factores de mal pronóstico, que permitieron identificar los individuos que experimentarían recurrencia de depresión o aparición de otra enfermedad psiquiátrica fueron: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de depresión, rasgos de personalidad limítrofe y, en mujeres, conflictos con los padres.

☐ La contribución genética a la depresión del adolescente es del 37%. Por el contrario, la historia de un solo episodio depresivo durante la adolescencia, pocos miembros en la familia con depresión mayor y una visión positiva de la vida eran elementos que identificaban los pacientes con bajo riesgo de recurrencias.

6.5. COMPLICACIONES

El 15% de los deprimidos termina suicidándose.

Interacciones. La más severa, pero menos frecuente, corresponde a la administración concomitante de un IMAO con un antidepresivo tricíclico (ATC). El síndrome resultante puede causar toxicidad del SNC severa, con la presencia de hiperpirexia, convulsiones y coma. Aunque se ha usado la asociación en forma segura, no se recomienda, aunque se ha demostrado que esta terapia es más efectiva que la terapia de antidepresivos tricíclicos solos.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Criterios de referencia hacia el hospital III-1 de Centros de Salud Mental Comunitarios o ingresos por consultorio externo del HAL o emergencia del HAL

- Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas.
- No respuesta a protocolos de tratamiento para la depresión.

Referencia

Criterios de contrarreferencia hacia Centros de Salud Mental Comunitarios de todo el Perú.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

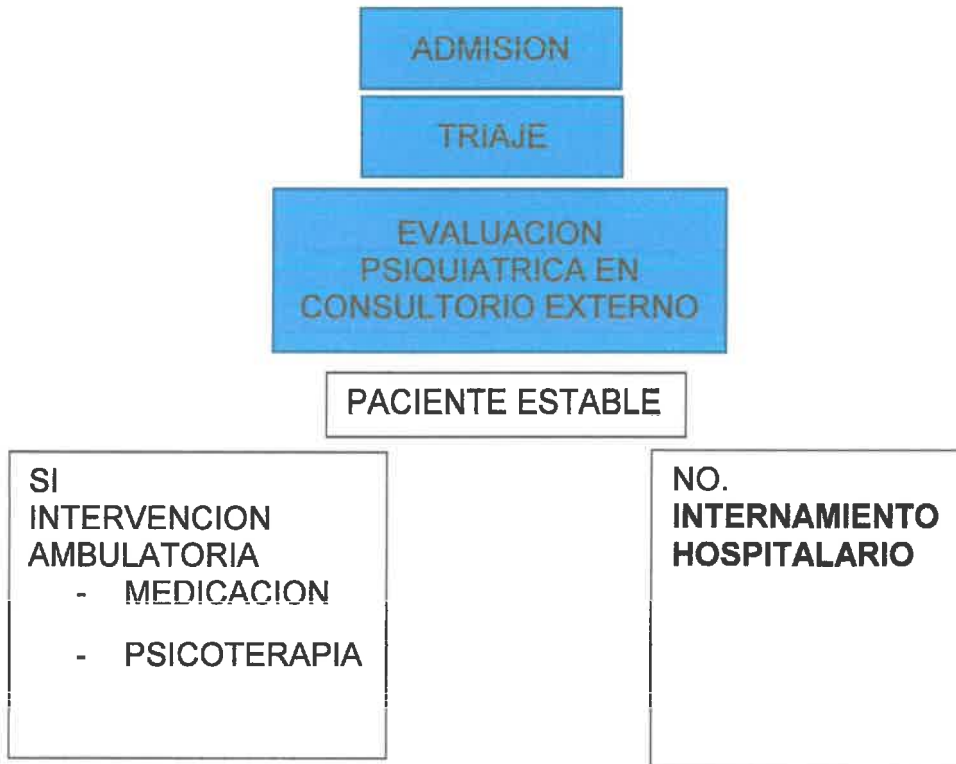
- Remisión de cuadro agudo. Remisión de ideación suicida.
Respuesta a protocolo de depresión
- Pacientes crónicos que se benefician de abordajes integrales.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

6.7. FLUXOGRAMA

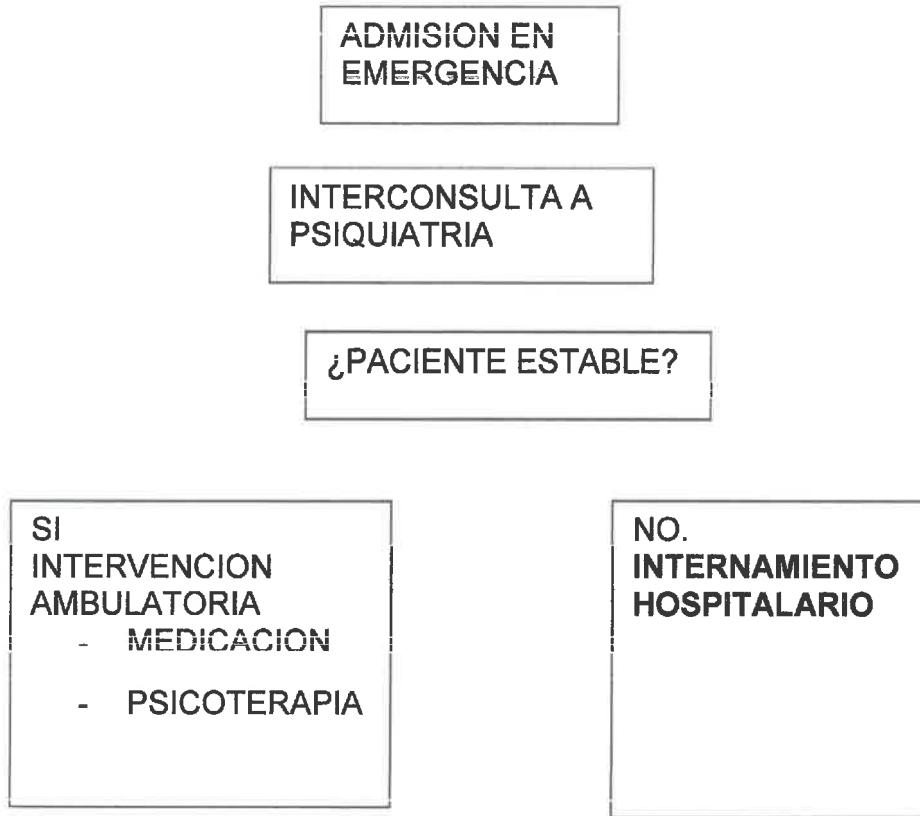
FLUJOGRAMA DE CONSULTORIO EXTERNO

I.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

FLUJOGRAMA DE EMERGENCIA



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

VII. ANEXOS

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

- 1. Estado de ánimo**
Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
No me encuentro triste
Me siento algo triste y deprimido
La no puedo soportar esta pena
Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
- 2. Pesimismo**
Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
Creo que nunca me recuperaré de mis penas
No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
No espero nada bueno de la vida
No espero nada. Esto no tiene remedio
- 3. Sentimientos de fracaso**
He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
No me considero fracasado
Veo mi vida llena de fracasos
- 4. Insatisfacción**
Ya nada me llena
Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
Ya no me divierte lo que antes me divertía
No estoy especialmente insatisfecho
Estoy harto de todo
- 5. Sentimientos de culpa**
A veces me siento despreciable y mala persona
Me siento bastante culpable
Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
No me siento culpable
- 6. Sentimientos de castigo**
Presiento que algo malo me puede suceder
Siento que merezco ser castigado
No pienso que esté siendo castigado
Siento que me están castigando o me castigarán
Quiero que me castiguen
- 7. Odio a sí mismo**
Estoy descontento conmigo mismo
No me aprecio
Me odio (me desprecio)
Estoy asqueado de mí
Estoy satisfecho de mí mismo
- 8. Autoacusación**
No creo ser peor que otros
Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
Siento que tengo muchos y muy graves defectos
Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
- 9. Impulsos suicidas**
Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaba a hacerlo
Siento que estaría mejor muerto
Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
Tengo planes decididos de suicidarme
Me mataría si pudiera
No tengo pensamientos de hacerme daño
- 10. Perdas de llanto**
No lloro más de lo habitual
Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
Ahora lloro más de lo normal

3. Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor 156

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Escala de ansiedad de Hamilton					
Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyacuación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas de sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> <ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial • Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales 	0	1	2	3	4

Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Metecoplicada. La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem.
Ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, muy incapacitante = 4.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (1992). CIE - 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.1992. 2.
2. Programa Anual 2000-2001 de Formación continuada acreditada para Médicos de Atención Primaria Fisiopatología de la depresión <http://www.medynetcom/elmedico/aula/tema19/depresion>
3. Epidemiología de la Salud mental en el Perú. Instituto Nacional de Salud mental "Honorio Delgado - Hídeyo Noguchi" - <http://www.minsa.gov.pe/iesmhdhn/oeaide.htm> 7 07-06
4. Henriksson M, Isometsa E, Hietanen PS Mental disorders in cancer suicides. 1995
5. Lloyd-Williams M, Friedman 1. Depression in paliative care patients-a prospective study. Eur J Cancer Care 2001
6. Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y del SIDA. Fuente: [www.mednet.org uy/spu/revista/j un2002/02_to. pdf.](http://www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02_to.pdf)
7. Dr Rozados Laboratorio bioquímico (general, neuroquímicos. neuroendocrinos) [http://www.depresion.psicomag.com/laborat bioq.php.](http://www.depresion.psicomag.com/laborat_bioq.php) 7-07-06
8. Javier León, MD Sección de Psiquiatría Fundación Santa Fe de Bogotá: http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_psiquiaticas/Depresion.pdf
9. Véliz, José (1996) Validez y Confiabilidad del Cuestionario de Auto-reportaje de Síntomas (S.R.O.) en personal de Sanidad de la Policía Nacional. Tesis de Maestría en Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú.
10. Novara J.; Sotillo C.; Warthon D. (1985) Estandarización de las Escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en Lima Metropolitana. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Lima - Perú.
11. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2009
12. Eunsoo Won, Seon-Cheol Park, Kyu-Man Han, Seung-Hwan Sung, Hwa-Young Lee, Jong Woo Paik, Hong Jin Jeon, Moon-Soo Lee, Se-Hoon Shim, Young-Hoon Ko, Kang-Joon Lee, Changsu Han, Byung-Joo Ham, Joonho Choi, Tae-Yeon Hwang, Kang-Seob Oh, Sang-Woo Hahn, Yong-Chon Park, and Min-Soo Lee.Evidence-Based, Pharmacological Treatment Guideline for

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Depression in Korea, J Korean Med Sci 2014; 29: 468-484. Revised Edition
<http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2014.29.4.468>

13. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Depresión. (APAL) 2008
14. Major Depressive Disorder—Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian 2013