

# PACIENTE DEPRESIVO

Guía de Actuación Clínica en A. P.

## AUTORES

**Quirce Andrés F.**

Médico de Familia. Centro de Salud “La Florida”

**Fernández-Yáñez A.**

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental. Area 18

**Anton Pastor CG**

Médico de Familia. Centro de Salud “La Florida”



## 1. INTRODUCCIÓN.

La depresión es una de las enfermedades de mayor prevalencia (hasta un 30% de la población general padecerá un episodio depresivo a lo largo de su vida). Con alta frecuencia estos pacientes no frecuentan los servicios sanitarios, sin embargo, en Atención Primaria apenas se diagnostican el 50% de los casos que recibe <sup>1</sup>. Y de los que se diagnostican, únicamente la mitad de ellos serán adecuadamente tratados. Por este motivo, el médico debe tener una actitud activa en el reconocimiento de aquellos pacientes que puedan tener un cuadro depresivo “oculto”. En este sentido, el paciente frecuentador, los pacientes afectados de patología crónica y fundamentalmente el anciano; son candidatos a tener muy presentes. Éste último grupo requiere una especial atención, ya que el 30% de los suicidios tienen lugar en personas mayores de 65 años.

La repercusión de la depresión tiene un elevado impacto no sólo en el ámbito sanitario con costes elevados, sino también con costes indirectos: incapacidad laboral, rendimiento profesional, accidentes, problemática familiar, etc.

Ante esta situación los equipos de Atención Primaria deben desarrollar un papel primordial tanto en la búsqueda y orientación diagnóstica de nuevos casos, como en el seguimiento de pacientes ya conocidos en colaboración con las Unidades de Salud Mental de referencia.

En este campo no existen el grado de consenso y los estándares de seguimiento o de buen control, a los que estamos acostumbrados en el caso de otras patologías. Por ello hemos acordado realizar un documento que sea, sobre todo, aplicable en nuestras consultas de primaria y acorde con las recomendaciones más extendidas sobre el abordaje de la depresión elaboradas por diferentes grupos de trabajo.<sup>2,3</sup>

## 2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN:

La depresión se puede definir como un trastorno de la afectividad que cursa clínicamente como una claudicación psicofísica con síntomas somáticos (astenia, anorexia, pérdida de peso, algias, trastornos del sueño, ...) y psíquicos (tristeza, pérdida de autoestima, desinterés, pérdida de rendimiento, ...).

La clasificación de la depresión no es un tema resuelto. Las escuelas europeas las agrupan tradicionalmente en tres tipos: depresión endógena (melancolía), psicossociales por causas ambientales (reactivas) o por trastornos de la personalidad (neuróticas). En nuestro medio utilizamos la clasificación DSM-IV <sup>4,5</sup>.

## 3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

El diagnóstico de la depresión carece de signos o pruebas diagnósticas de certeza y ha de ser realizado en base a los síntomas que aporta el paciente. Dichos síntomas sólo podrán ser objetivados en un ambiente de consulta adecuado y por un profesional adiestrado y motivado en la comunicación con el paciente.

Los criterios diagnósticos de DSM-IV para el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de adaptación y trastorno mixto ansioso-depresivo se indican en las Tablas 1-4

### Tabla 1. Trastorno Depresivo Mayor

#### Criterios diagnósticos del DSM-IV <sup>4</sup>

Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas, y que representa un cambio respecto a la actividad previa del paciente. Se requiere descartar patología orgánica o psiquiátrica relacionada

Los síntomas (1) o (2) deben estar presentes.

Síntomas principales:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día; (en caso de niños y adolescentes puede aparecer irritabilidad), según lo indica el propio sujeto o lo observan otras personas allegadas

2. Anhedonia: disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en las actividades diarias

Síntomas físicos:

3. Disminución o aumento importante de peso o apetito

4. Insomnio o hipersomnias

5. Agitación o lentitud psicomotora
  6. Fatiga o pérdida de energía
  7. Síntomas psíquicos:
  8. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos
  9. Disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión
- Ideas de muerte o de suicidio recurrentes con o sin un plan o tentativa

Los síntomas provocan malestar significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del paciente

### **Tabla 2. Trastorno Distímico**

#### **Criterios diagnósticos del DSM-IV <sup>4</sup>**

Estado de ánimo crónicamente depresivo durante al menos dos años de duración ( en niños y adolescentes 1 año), con dos o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida / aumento de apetito.
2. Insomnio / hipersomnia.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

### **Tabla 3. Trastorno de Adaptación**

#### **Criterios diagnósticos del DSM-IV <sup>4</sup>**

- Síntomas depresivos similares a la depresión mayor pero en menor número e intensidad
- Aparición de los síntomas en los tres meses siguientes a un acontecimiento estresante
- Los síntomas no se corresponden a una reacción de duelo habitual
- Cuando cesa el acontecimiento estresante los síntomas no perduran más de seis meses

#### **Tabla 4. Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo**

##### **Criterios diagnósticos del DSM-IV <sup>4</sup>**

A. Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos un mes

B- El estado de ánimo se acompaña al menos durante un mes de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco
2. Trastornos del sueño
3. Fatiga o falta de energía
4. Irritabilidad
5. Preocupaciones
6. Llanto fácil
7. Hipervigilancia
8. Anticipación del peligro
9. Desesperanza
10. Baja autoestima o sentimientos de inutilidad

C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importante de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (droga-medicamento) o de una enfermedad médica.

E. Se cumplen las tres condiciones siguientes:

1. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada

2. En el momento actual, no se cumplen criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (aunque se encuentre en remisión parcial)

3. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Con frecuencia los síntomas expuestos en las tablas 1 - 4 son comunes a muchas enfermedades orgánicas, bien como formas preclínicas de presentación o formando parte del complejo sindrómico. En la Tabla 5 se indican las más frecuen-

tes. Numerosos tratamientos farmacológicos especialmente en uso crónico o en población anciana pueden ser responsables de síntomas sugestivos de estados depresivos o distímicos. En la Tabla 6 se muestran los fármacos más frecuentemente implicados.

**Tabla 5. Enfermedades orgánicas que remedan frecuentemente cuadros depresivos**

<b>1- Enfermedades neurológicas</b>	<b>4- Enfermedades metabólicas</b>
Enfermedad de Parkinson	Anemia perniciosa
Esclerosis múltiple	Porfiria
Enfermedad de Alzheimer	Enfermedad de Wilson
Arteriosclerosis cerebral	<b>5- Neoplasias</b>
<b>2- Enfermedades del sistema endocrino</b>	Tumores intracraneales
Diabetes Mellitus	Carcinoma de páncreas
Hipo o Hipertiroidismo	<b>6- Enfermedades infecciosas</b>
Hipo o hiperparatiroidismo	Hepatitis
Enfermedad de Cushing	Mononucleosis infecciosa.
Enfermedad de Adison	Tuberculosis
Hiperprolactinemia	Brucelosis
<b>3- Enfermedades polisistémicas</b>	<b>7- Intoxicaciones</b>
Artritis reumatoide	Fármacos
Lupus eritematoso sistémico	Plomo – Mercurio - Bismuto

**Tabla 6. Fármacos asociados con síntomas depresivos**

<b>1- Antihipertensivos:</b>	<b>2- Antiarrítmicos</b>
Reserpina	Digital
Propanolol	Procainamida
Clonidina	<b>3- Hipocolesterolemiantes</b>
Guanetidina	Colesteramina
Oxprenolol	Pravastatina
Metildopa	

<b>4- Agentes hormonales</b>	<b>7-Bloqueantes H2</b>
Corticosteroides	Cimetidina
Esteroides anabolizantes	Ranitidina
Contraceptivos orales	<b>8- Retirada de fármacos psicotrópos</b>
<b>5-Agentes quimioterápicos en oncología</b>	Estimulantes
Metrotexato	Benzodiazepinas
Vinblastina	Barbitúricos
Asparaginasa	<b>9- Anticonvulsivantes</b>
Procarbazina	Dilantin
Interferón	Felbamato
<b>6- Antibióticos</b>	Fenobarbitona
Anfotericina	<b>10- Otros fármacos</b>
Cicloserina	Ciproheptadina
Dapsone	Metoclopramida
Etionamida	Salbutamol

El diagnóstico se realizará en base a los criterios diagnósticos de DSM-IV indicados en las tablas 1-4 después de haber considerado las posibilidades incluidas en las tablas 5-6.

Para conseguir una mayor eficiencia en nuestras consultas recomendamos la utilización sistemática de cuestionarios. Entre los que hemos revisado consideramos de elección el cuestionario EADG (Escala de Ansiedad – Depresión de Goldberg) <sup>6</sup> validado en español por Montón, 1993 <sup>7</sup> que se incluye en el Anexo 1.

El EADG se utilizará como elemento discriminativo / diagnóstico ante consultas con sintomatología afectiva de cualquier tipo y en actividades preventivas o en situaciones de riesgo.<sup>2</sup>

Para un seguimiento específico de la evolución, resultados terapéuticos y realización de estudios recomendamos la aplicación de la escala de Hamilton <sup>8,9</sup>.

Es esencial como paso previo a la administración del cuestionario la creación en la consulta de un buen ambiente de comunicación con el paciente. Sin esta condición los resultados del cuestionario EADG carecen de validez. La tabla 7 muestra el perfil del paciente al debemos administrar el EADG.

**Tabla 7. Población tributaria para la administración del EADG**

<p>Pacientes en consulta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con manifestaciones psicopatológicas</li> <li>2. Con síntomas somáticos inespecíficos</li> <li>3. Consumidores habituales de psicofármacos</li> <li>4. Hiperfrecuentadores</li> <li>5. En transiciones psicosociales</li> <li>6. Trastornos del sueño</li> <li>7. Fatiga crónica</li> <li>8. Mala evolución de una enfermedad somática</li> <li>9. Relación médico – paciente problemática</li> </ol>	
<p>Transiciones psicosociales fundamentales</p>	<p>Factores que dificultan la transición psicosocial</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Infancia               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida – separación de los padres</li> <li>2. Pérdida contacto con el hogar familiar</li> </ol> </li> <li>– Adolescencia: Separación de los padres, del hogar o de la escuela</li> <li>– Adultos jóvenes               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruptura matrimonial</li> <li>2. Embarazo – Aborto</li> <li>3. Hijo disminuido</li> <li>4. Pérdida del trabajo</li> <li>5. Pérdida progenitor</li> <li>6. Emigración</li> </ol> </li> <li>– Adultos ancianos               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jubilación</li> <li>2. Pérdida funciones físicas</li> <li>3. Duelo</li> <li>4. Pérdida ambiente familiar</li> <li>5. Enfermedad – discapacidad familiares próximos</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Factores situacionales               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cambios vitales masivos que sobrepasan la capacidad de la persona</li> <li>2. Falta de familia - soporte social o de la capacidad para enfrentarse a la “burocracia de la existencia”</li> <li>3. Situaciones “repetidas” que llevaron a problemas no resueltas en el pasado</li> <li>4. Cambios inesperados y no deseados sin preparación previa, o inadecuada</li> </ol> </li> <li>– Factores de vulnerabilidad               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bajo nivel socio-económico</li> <li>2. Niños pequeños en el hogar</li> <li>3. Desempleo</li> <li>4. Hogar hiperpoblado</li> <li>5. Bajo nivel de autoestima</li> </ol> </li> </ul>

## 4. VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO

Dentro de la parte exploratoria en la consulta es imprescindible la exploración psicológica. Todos realizamos con destreza razonable en la consulta la exploración del contenido somático (cefalea, hipertensión arterial, dolor abdominal, ...); pero la exploración del contenido psicológico de la consulta nos resulta más difícil y a menudo ni nos lo planteamos (falta de formación, inexperiencia, ...). El paso de la exploración del contenido somático a lo psicológico es imprescindible para abordar con ciertas garantías la enfermedad depresiva. En este sentido la exploración psicológica requiere <sup>10,13</sup>:

– “Realizar el paso” de la exploración somática a la psicológica: escucha activa, comentarios empáticos, facilitaciones y preguntas abiertas que ayuden a clarificar las quejas

– Utilizar un grupo breve de preguntas que discriminen entre los pacientes con / sin trastorno psíquico

Para ello podemos utilizar algunas estrategias:

- La clarificación de una queja de contenido psicológico expresada por el paciente durante la consulta, del mismo modo que hacemos con las quejas de contenido somático. Esta estrategia establece un puente fluido entre hablar del estado somático y del estado psíquico, por ejemplo: “antes me dijo que se sentía cansado, sin fuerzas. Hábleme de ello”

- Ante un paciente que presenta uno o varios problemas de difícil solución (somáticos, psicológicos, sociales), podemos expresar mediante un comentario empático su percepción de que la situación es compleja y de que le afecta de manera importante: “realmente son muchos los problemas que está padeciendo últimamente, ¿cómo se siente?, o “en ocasiones, son demasiados los problemas que hay que encarar”.

- Preguntar directamente por algún síntoma psíquico (expresado o no por el paciente): “últimamente ¿se siente nervioso?” o “¿cómo se siente de ánimo?”.

- Preguntar por problemas de naturaleza social o familiar como forma de facilitar el paso de exploración somática a psicológica, respetando la intimidad del paciente: “¿tiene problemas en casa o en el trabajo?”. Sin embargo esta estrategia, puede en caso de obtener una respuesta negativa, llevarnos a una actitud de inhibición por parte del paciente.

Una secuencia recomendable para incorporar la exploración somática y psicológica en las consultas sería:

1. Identificación y clarificación de las “quejas”
2. Exploración del contenido somático

3. Exploración del contenido psicológico
4. Exploración del contenido social
5. Exploración de acontecimientos vitales
6. Exploración de creencias sobre la salud
7. Centrar las quejas
8. Explicar los síntomas y establecer su relación con acontecimientos vitales
9. Exploración somática “en la camilla”

Por tanto sugerimos como estrategia de consulta en el paciente con sospecha clínica de depresión:

- Creación en la consulta de un “ambiente positivo” de comunicación con el paciente: empatía – escucha activa - asertividad
  - Realizar historia clínica médica dirigida a valorar las condiciones de enfermedad y/o consumo de fármacos indicados en las Tablas 5-6 valorando la relación existente o no
    - Exploración psicológica
    - Administración cuestionario EADG
    - Valoración del riesgo suicidiario <sup>15,16</sup> (Tablas 8-9-10, Figura 1)
    - Exploración física orientada a valorar las condiciones de enfermedades concomitantes expuestas en la Tabla 4
    - Analítica básica incluyendo: hemograma – glucemia – creatinina – transaminasas – iones
    - Analítica específica en función de la patología concomitante o sospecha clínica
    - Pruebas complementarias opcionales: función tiroidea, EKG (imprescindible en paciente anciano como paso previo al tratamiento farmacológico)
    - Valorar decisión terapéutica (psicoterápica +/- farmacológica).
- Recordemos que los apartados del 1 al 5 ya tienen un efecto terapéutico importante
- Diseñar y pactar con el paciente un plan de seguimiento en consulta

Este primer contacto con el paciente es decisivo para una evolución satisfactoria del problema, ya que una entrevista correctamente realizada permite integrar los aspectos biopsicosociales del problema y recoge una mayor información que los criterios meramente descriptivos de la DSM-IV. La entrevista clínica es “per se” un instrumento psicoterapéutico de primer orden.

**Tabla 8. Condiciones del paciente en las que puede estar incrementado el riesgo de suicidio**

- Varones mayores de 40 años
- Divorcio – Separación - Desempleo
- Toxicomanías
- Enfermedades graves con elevado componente doloroso o mal pronóstico
- Intentos previos de autolisis personales o familiares
- Soledad, aislamiento social
- Pacientes calculadores, rígidos, con gran autoexigencia
- Reacción de duelo reciente
- Ancianidad
- Esquizofrenia
- Tratamiento psicotropo, al mejorar la inhibición psicomotriz y persistir la tristeza

**Tabla 9. Cuestionario valoración del riesgo de suicidio**

Se trata de un cuestionario guía para valorar el riesgo de suicidio durante la entrevista clínica. La respuesta positiva a las preguntas 9, 10, 11 y 12 conllevan un alto riesgo de actuación autolítica.

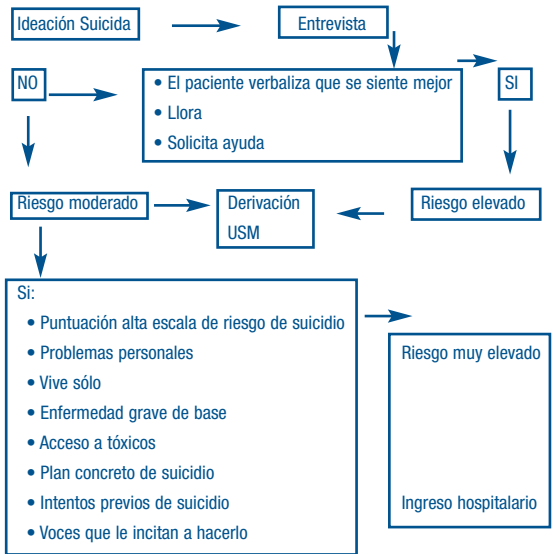
1. ¿Se encuentra en alguna situación límite o de crisis? (financiera, legal, social, familiar, ...)
2. ¿Vive sólo?
3. ¿Padece alguna afección grave en la actualidad?
4. ¿Ha perdido energías hasta el punto de que cualquier cosa le cuesta un tremendo esfuerzo?
5. ¿Ha perdido peso sin razón aparente?
6. ¿Ha sido encontrado recientemente con algún tipo de intoxicación?
7. ¿Cree que puede ser castigado por algo que hubiera hecho?
8. ¿Ha escuchado voces que otras personas no pueden oír?

9. ¿Ha escuchado voces que le solicitan su vida?
10. Cuénteme algunas de las ideas que tiene sobre el suicidio. ¿Ha pensado algún plan especial para llevar a cabo esta idea?
11. ¿Usa, colecciona o guarda en casa algún tipo de arma blanca o de fuego?
12. ¿Tiene acceso a venenos, tranquilizantes, antidepresivos o al suministro de drogas?

**Tabla 10. Preguntas básicas que debe formularse el médico en la evaluación de la tentativa suicida**

- ¿Fue peligroso el método elegido?
- ¿Creía el paciente que iba a funcionar el método elegido? - ¿Está sorprendido de haber sobrevivido?
- ¿Había posibilidades de que fuera descubierto?
- ¿Sintió alivio al ser salvado?
- ¿Intentaba el paciente transmitir un mensaje o sólo quería morir?
- ¿Se trataba de un intento impulsivo o planeado?
- ¿Han cambiado las circunstancias psicológicas o vitales que determinaron el intento?

**Figura 1. Actuación ante una ideación suicida**



Visitas sucesivas, aunque es difícil fijar la frecuencia y la duración de las visitas de seguimiento podríamos recomendar dadas las condiciones asistenciales “reales”:

– dos visitas iniciales (15´) en el primer mes, para confirmación diagnóstica, valoración pruebas complementarias, fijar objetivos terapéuticos y plan de seguimiento

– visita al mes del diagnóstico (15´) para comprobar evolución y actitud terapéutica

– visita cada 2 meses (15´) para valorar la evolución clínica, efectos tratamiento farmacológico, cumplimiento y refuerzo psicoterapéutico

– visita a los 6 meses (15´) para valorar alta y pronóstico

Los contenidos de las visitas de seguimiento serían:

1. Interpretar los resultados de las pruebas complementarias

2. Profundizar en la exploración psicopatológica de paciente / realizar intervenciones psicoterapéuticas. Este punto estará en función de las aptitudes y posibilidades asistenciales de las que disponga el médico.

3. Valorar evolución del paciente – Riesgo suicidiario

4. Valorar la decisión terapéutica farmacológica

5. Valorar criterios de gravedad – deterioro – mala respuesta – derivación Unidad de Salud Mental (Tabla 11)

**Tabla 11. Criterios de derivación Unidad de Salud Mental**

- Intento o ideación suicida
- Síntomas psicóticos / Síndrome confusional
- Trastorno de la personalidad
- Episodio depresivo en el contexto de un trastorno bipolar
- Depresión en infancia / adolescencia
- Depresión recurrente / crónica
- Falta de respuesta al tratamiento adecuado
- Circunstancias sociales de alto riesgo o difícil manejo
- Petición expresa del paciente de ser atendido por un psiquiatra
- Pérdida de confianza en el médico en el curso del tratamiento
- Sentimientos de fracaso / desmoralización por parte del médico

Una faceta que observamos con mucha frecuencia en las consultas es la aparición de un cuadro depresivo en el contexto del paciente mayor con cierto grado de deterioro cognitivo; o viceversa: la aparición de deterioro cognitivo en el curso de un cuadro depresivo. Es muy conveniente delimitar en lo posible la responsabilidad de cada cuadro (depresión – demencia) en la situación clínica del paciente. En la Tabla 12 se indican los principales rasgos diferenciales entre ambos cuadros. En caso de aparición simultánea de sintomatología depresiva y de deterioro cognitivo es recomendable cumplimentar el cuestionario Mini-examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo<sup>13</sup> (Anexo 3).

**Tabla 12. Diagnóstico diferencial entre demencia y depresión**

<b>Demencia</b>	<b>Depresión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición insidiosa – larga duración</li> <li>• Fluctuación del estado del humor</li> <li>• Déficits cognitivos progresivos e irreversibles</li> <li>• Ausencia de antecedentes psiquiátricos</li> <li>• Comienzo con pérdida de memoria reciente</li> <li>• Aparenta despreocupación</li> <li>• Disimula las limitaciones funcionales</li> <li>• Test cognitivo alterado</li> <li>• Test depresión negativo</li> <li>• Escasa respuesta terapéutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición más aguda y menos duradera</li> <li>• Animo deprimido</li> <li>• Déficits reversibles</li> <li>• Frecuentes quejas somáticas y de pérdida de memoria</li> <li>• Antecedentes psiquiátricos presentes</li> <li>• Pérdida fluctuante de memoria</li> <li>• No colaboración terapéutica</li> <li>• Asocia sintomatología ansiosa</li> <li>• Test depresión positivo</li> <li>• Test cognitivo negativo o límite</li> <li>• Buena respuesta terapéutica</li> </ul>

## **5. TRATAMIENTO.**

La escasez de tiempo disponible en una consulta habitual, y a menudo la carencia formativa ya comentada, lleva al médico a un planteamiento exclusivamente organicista; recortando y simplificando el cuadro para dar un tratamiento o respuesta puntual (exploración y tratamiento somáticos) olvidando la valoración psicológica del problema de salud. La actitud del paciente frente al escaso tiempo disponible y la falta de un clima adecuado en la consulta le impiden una confesión más íntima y personal que pueda poner en alerta al médico de que una “queja somática” puede ser expresión de un problema “no tan somático”. La actitud erró-

nea por ambas partes (médico – paciente) es una barrera que impide el acercamiento terapéutico a la depresión.

En el abordaje terapéutico conviene recordar una serie de recomendaciones <sup>17</sup>:

- Valorar síntomas potencialmente graves (abandono aseo personal, idea-ción suicida, síntomas psicóticos, inhibición psicomotriz intensa, ...) que requieran intervención urgente de la Unidad de Salud Mental

- Confirmación diagnóstica de la depresión (EADG)

- Historia previa de episodios depresivos, tratamientos utilizados y respuesta obtenida

- Valorar la actitud del paciente ante la enfermedad y el tratamiento

- Informar al paciente y a sus familiares del carácter de la enfermedad, de su evolución y de las posibilidades de tratamiento

- Informar sobre los efectos terapéuticos y adversos de la medicación utilizada

- Valorar estrategias de apoyo familiar y social

El tratamiento se apoya en dos pilares básicos y con frecuencia complementarios: abordaje psicoterapéutico imprescindible en todos los casos y /o abordaje farmacológico con medicamentos antidepresivos

### **Tratamiento psicoterápico** <sup>2,16,18</sup>.

El empleo de técnicas psicoterapéuticas específicas en la consulta de AP es difícil en la actualidad dada la escasa formación del médico en este campo y por las dificultades estructurales (masificación, tiempos / paciente).

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

La práctica del abordaje psicoterapéutico por parte del médico de familia requiere altas dosis de sensibilidad ante la problemática del paciente. Precisa además capacidad de observación hacia el paciente, de auto-observación del propio médico y cierto número de normas técnicas.

Las posibilidades de aproximación psicoterapéutica del médico serían:

- Escucha empática

- Entrevista de larga duración

- Entrevista de contención

- Entrevista de acompañamiento, ayuda y elaboración del duelo

- Flash
- Psicoterapia breve focal
- Técnica de resolución de problemas

También serían recomendables actividades grupales entre médicos (reflexión de la práctica médica – Ballint, discusión de casos con / sin supervisión externa) e incluso psicoterapia del propio médico (individual / grupal)

Entre las técnicas de psicoterapia enumeradas, la psicoterapia breve sería la más recomendable y de la que se dispone de datos contrastados (80% de los casos presentan mejoría clínica tras 20 sesiones). El tiempo medio de tratamiento oscila entre 3-6 meses, la entrevista inicial sería de 45´ seguida de una entrevista semanal de 20´. Conversaciones y recuerdos telefónicos breves pueden utilizarse como elemento de apoyo y supervisión clínica / farmacológica.

Un paso intermedio y mucho mas acorde con nuestra situación asistencial real sería la psicoterapia de apoyo que persigue como objetivos (Tabla 13) y recomienda como estrategias (Tabla 14)

**Tabla 13. Objetivos de la psicoterapia de apoyo**

- Creación de una alianza estable médico – paciente que refuerce, sostenga, acompañe y ayude al “yo frágil” del paciente
- Ayudar a comprender y modificar el patrón de relación entre el estado de ánimo depresivo y ciertas situaciones ambientales desencadenantes
- Tratar de evitar las consecuencias negativas del trastorno en el paciente y en la familia
- Servir como medida de seguimiento y control de la medicación cuando sea necesario
- Ayudar al paciente a tolerar las pérdidas que acontecen en la vida sin “autodestruirse”

**Tabla 14. Estrategias en la psicoterapia de apoyo**

- Citar al paciente de forma programada con una duración mínima de 20´
- Mantener una actitud de escucha empática, facilitando la descarga de sentimientos y la expresión de las emociones
- Analizar los factores desencadenantes y agravantes del cuadro depresivo y explorar la valoración que el paciente hace de los mismos. Valorar expectativas de solución o modificación
- Mostrar al paciente los aspectos positivos de su personalidad y de su situación vital

- Preguntar o interrumpir en ocasiones la entrevista para comprender la experiencia que el paciente tiene de sí mismo en ese momento
- Reformular progresivamente las tendencias autoagresivas y victimistas del paciente sin crear falsas expectativas
- Proponer actividades para mejorar la autovaloración positiva del paciente. Establecer objetivos realistas y pactados con el paciente
- Reforzar los avances del paciente en el proceso de tratamiento. Potenciar su autoestima
- Tolerar y comprender los errores y dificultades que encuentre el paciente en el curso de la evolución de la enfermedad y del tratamiento propuesto
- Transmitir una actitud de esperanza ante el futuro que pueda neutralizar la visión negativa y de pérdida de autoestima que presenta el paciente depresivo

También es recomendable aplicar la “técnica de resolución de problemas” que se realiza siguiendo los siguientes pasos:

- 1- Definir el problema: ¿Cuál es el problema?, escuchar cuidadosamente y hablar acerca de él ayuda a clarificarlo
- 2- Generar todas las soluciones posibles, aceptando incluso las consideradas como “malas o inadecuadas”
- 3- Discutir cada una de ellas, valorando ventajas e inconvenientes
- 4- Elegir la mejor solución o combinación de soluciones
- 5- Planear como llevarla a cabo: revisar recursos y apoyos, diseñar las tareas, anticipar consecuencias y planear dificultades
- 6- Evaluar los resultados, valorando como éxito parcial y nunca como fracaso aún en el caso de que se produzca

En cualquier caso no debemos olvidar las dificultades terapéuticas que presentan la psicoterapia de apoyo o la técnica de resolución de problemas debidas a la propia psicodinamia del paciente depresivo que se muestran en la Tabla 15

**Tabla 15. Dificultades en el manejo de la relación médico – paciente depresivo**

- La necesidad de dependencia insatisfecha puede ser vivida por el médico de forma “invasora” y favorecer así nuestro rechazo

– Las tendencias autodestructivas - victimistas del paciente y su permanente desvalorización generan sentimientos de frustración, rabia y fracaso en el profesional

– La irritabilidad contenida del paciente favorece la presencia de sentimientos agresivos en el profesional que pueden ser vividos en forma de culpa, fracaso o rechazo

– El rechazo del paciente vivenciado en su realidad psíquica condiciona esa tendencia a revivir con los demás su propio rechazo

– No menospreciar la ideación suicida del paciente de corte histeriforme ya que en ocasiones lo consiguen

### **Tratamiento farmacológico** <sup>19,24</sup>

El tratamiento farmacológico puede predisponer a la pasividad del paciente que deposita excesivas expectativas de mejora en el fármaco y desarrollar en el paciente sentimientos de dependencia. Es conveniente hablar de los problemas y actuar sobre ellos antes que iniciar el tratamiento con fármacos.

Si el deterioro del funcionamiento social es importante y la capacidad de actuación está muy limitada es recomendable iniciar tratamiento farmacológico.

Los fármacos antidepresivos han demostrado, mediante ensayos clínicos, que disminuyen la gravedad, el tiempo de evolución del episodio depresivo, las complicaciones, el riesgo de cronicidad y la utilización de recursos sanitarios; en depresiones de intensidad moderada y grave. Todavía no disponemos de evidencia contrastada sobre su efecto en el caso de depresiones leves; por lo que parece razonable que si lo permite la intensidad / gravedad del cuadro depresivo demoremos 2-3 semanas la decisión de utilizar fármacos; especialmente en el caso de depresiones leves, ancianidad, enfermedades o tratamientos concomitantes que interaccionen con los fármacos antidepresivos. En ese periodo intervendremos exclusivamente con psicoterapia de apoyo o técnicas de resolución de problemas.

Los fármacos antidepresivos más utilizados, sus dosis, efecto neurotransmisor, efectos adversos y recomendaciones de uso se muestran en las Tablas 16-17

Antes de decidir el fármaco antidepresivo es importante conocer que:

1. No todas las depresiones precisan tratamiento farmacológico para su curación.

2. Únicamente si tras un periodo de seis semanas no se observa mejoría clínica se recomienda iniciar tratamiento farmacológico. El episodio depresivo mayor debe ser tratado inicialmente con fármacos antidepresivos.

3. Existen mitos como: “el tratamiento altera la voluntad de la persona” – “el tratamiento hace que el paciente empeore” – “el tratamiento crea dependencia”. El médico debe informar correctamente sobre estos aspectos.

4. La monoterapia es efectiva en 60-70% de los casos.

5. Ocasionalmente se inicia el tratamiento a dosis subterapéuticas con el fin de minimizar efectos adversos y mejorar el cumplimiento del paciente. En el plazo de dos semanas debemos alcanzar la dosificación completa. Esta medida no es necesaria con los ISRS.

6. El paciente debe saber, y el médico también, que existe una demora terapéutica, por lo que no es frecuente que la mejoría aparezca antes de 4-5 semanas de tratamiento.

7. No existen diferencias en cuanto a eficacia terapéutica entre los diferentes principios activos o familias de antidepresivos.

8. No existen rasgos clínicos en los pacientes que nos orienten en cuanto a la eficacia de los diferentes fármacos.

9. Si tenemos constancia de tratamientos previos eficaces en ese paciente, repetiremos tratamiento con el mismo fármaco.

10. Los ISRS no carecen de efectos adversos ni tampoco garantizan el éxito terapéutico.

11. El médico debe valorar las interacciones y efectos adversos de la medicación antidepresiva, especialmente en pacientes ancianos y en pacientes con otras patologías y tratamientos concomitantes.

12. Es imprescindible controlar la función hepática, renal y cardíaca como paso previo a la instauración del tratamiento.

13. La aparición de efectos secundarios no es determinante para retirar el fármaco si son soportables por el paciente.

14. A las 4-6 semanas se debe objetivar mejoras del 50% en el EADG.

15. La monoterapia es efectiva en un 70% de los casos. El tratamiento no debe ser desechado mientras no se haya mantenido un mínimo de seis semanas a dosis terapéuticas.

16. En caso de fracaso terapéutico con monoterapia puede ser recomendable añadir un segundo fármaco de otro grupo: ISRS + Heterocíclicos. Otras asociaciones deben ser valoradas por la USM.

17. La indicación y seguimiento de pacientes en tratamiento con IMAO y/o sales de litio corresponde a las USM.

18. La retirada del fármaco se realizará de forma progresiva para evitar el síndrome de discontinuación por efecto rebote colinérgico / serotoninérgico. La retirada será progresiva disminuyendo la dosis en un 10% semanal durante un periodo no inferior a dos meses.

19. Conseguida la remisión completa del cuadro, la medicación no debe ser suprimida antes de:

- Seis meses cuando se trate de un primer episodio de depresión mayor
- Indefinido o de forma prolongada 2-3 años en el trastorno depresivo recurrente y en el trastorno distímico.

## 6. Datos de la medicina basada en la evidencia relacionados con la depresión <sup>25,26</sup>

### Evidencias - Recomendaciones.- (\*)

La depresión está infradiagnosticada y tratada	B
Los pacientes que acuden a consulta con síntomas somáticos raramente se reconocen a si mismos como depresivos	B
Las depresiones leves pueden ser eficazmente tratadas con medicación o psicoterapia indistintamente. Las depresiones moderadas y graves requieren tratamiento farmacológico antidepresivo obligatorio, asociado o no a psicoterapia	A
Un 65-70% de los casos responden satisfactoriamente al tratamiento farmacológico antidepresivo	A
No existen diferencias en términos de eficacia ni de rapidez de acción entre los distintos fármacos antidepresivos	A
La elección del fármaco antidepresivo se realizará en función del perfil de seguridad y de los antecedentes de tratamiento previo	A
Se requiere un seguimiento inicial con vistas frecuentes para valorar la respuesta de la intervención, los efectos adversos del fármaco, los sistemas de soporte social y el riesgo suicidiario	B
En la depresión mayor, el mantenimiento de la medicación durante 4-9 meses tras resolverse el cuadro agudo disminuye la posibilidad de recaídas	A
En algunos pacientes seleccionados con depresión mayor, puede ser necesario el mantenimiento de la medicación de forma indefinida	C
La información y educación del paciente depresivo sobre su enfermedad es determinante para superar el estigma social que conlleva y vencer las resistencias al tratamiento	C

(*)	<b>Categoría de la Evidencia</b> (US Agency for Health Care Policy and Research)	Grado de Recomendación
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis de EC aleatorizados	A
Ib	Evidencia obtenida de al menos un EC aleatorizado	A
IIa	Evidencia obtenida de al menos un EC controlado, bien diseñado, no aleatorizado	B
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio quasi experimental bien diseñado	B
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos (cohortes, casos-contróles) bien diseñados	B
IV	Evidencia obtenida de comités de expertos y/o profesionales de experiencia clínica “reconocida”	C

**Tabla 16. Fármacos antidepresivos**

Grupo terapéutico (Características principales)	Nombre (Rango terapéutico)	Anticolinérgica	Antiadrenérgica	Antihistamínica	ISRS	Consejos
<b>•HETEROCÍCLICOS.</b> (Inhibidores no selectivos de la recaptación NA Y SR)  Eficacia demostrada, menor coste, mayores efectos secundarios Controlar previamente la conducción cardíaca (ECG) Contraindicación: en IAM reciente Contraindicación relativa: Glaucoma, HBP, 1er trimestre del embarazo, hepatopatías, nefropatías, estados confusionales	Clomipramina (50-300)	2	-	1	4	Control ECG.No administrar a niños
	Mianserina (30-120)	0/1	-	-		Puede producir somnolencia diurna. Puede darse en cardiopatías
	Imipramina (75-300)	2	1	1	2	Control ECG
	Maprotilina (75-150)	1	1	2	-	Control ECG.
<b>•ISRS</b>  Indicados como primer fármaco en: . Enfermedad cardiovascular . Geriatría . Mal cumplimiento . Activos . Riesgo de intoxicación (Suicidio)	Citalopram (20-60)	0	0	0	4	Adecuado en pacientes polimedcados
	Fluoxetina (20-60)	0	0	0	4	
	Fluvoxamina (100-200)	0	0	0	4	No combinar con Astemizol ni Terfenadina (Riesgo de arritmia)
	Paroxetina (20-60)	1	0	0	4	
	Sertralina (50-200)	0	0	0	4	Adecuado en pacientes polimedcados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMAO (Inhibidores monoamino oxidasa)</li> </ul>	La indicación y seguimiento corresponde a las Unidades de Salud Mental					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sales de Litio</li> </ul>	La indicación y seguimiento corresponde a las Unidades de Salud Mental					

**Tabla 17. Efectos secundarios de los antidepresivos**

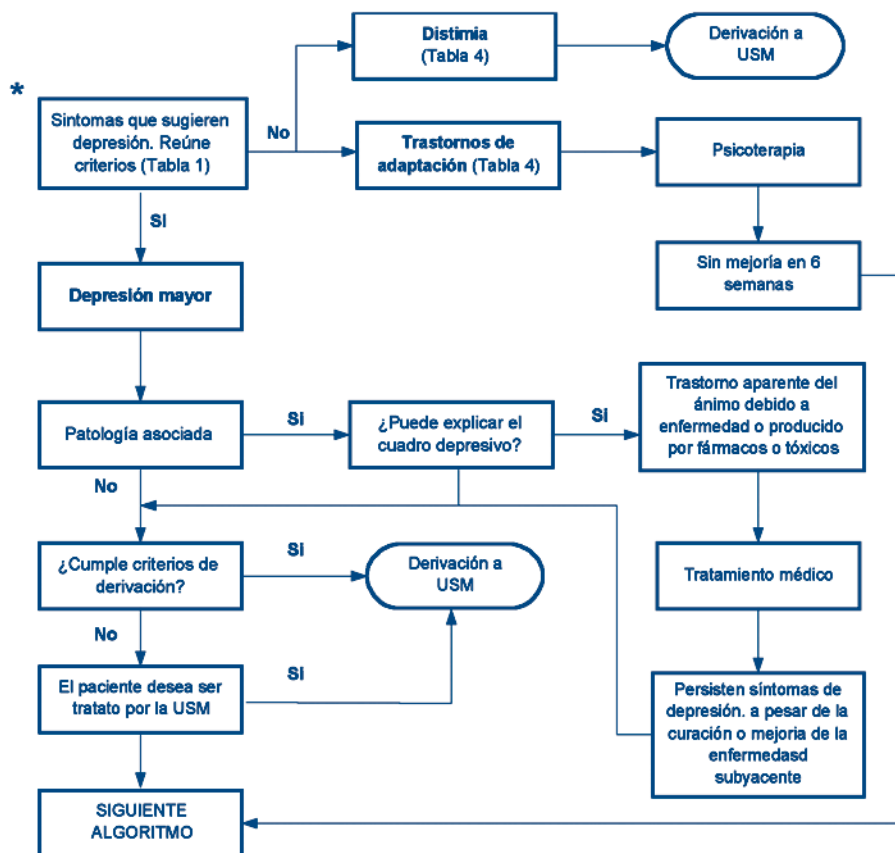
Efecto anticolinérgico Efectos	HETEROCÍCLICOS		ISRS
	Efectos antihistamínicos	Efecto antiadrenérgico	Efecto serotoninérgico.
- Visión borrosa - Sequedad de boca (80% de los pacientes) - Retención urinaria - Estreñimiento (75%): riesgo de pseudo-oclusiones por fecalomas - Taquicardia sinusal - Disminución del umbral convulsivo - Alteración de la memoria	- Aumento de peso - Sedación	- Riesgo de ortostatismo y caídas	- Náuseas, vómitos - Diarrea - Sudoración profusa - Nerviosismo - Insomnio - Disfunción sexual - Impotencia

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Crespo Blanco JM. Epidemiología de la depresión. *Medicine* 2000; 8:3-4. IDEPSA. Madrid 2000
2. Serrano P, en representación del Grupo de trabajo de depresión de semFYC Recomendaciones semFYC. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria Ed. Barcelona 2001.
3. Zaera JL, Caballol R, Iragüen P. Programas básicos de salud Vol 5 – Salud Mental. Ediciones Doyma SA. Madrid 1999.
4. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Ed. Masson SA. Barcelona 1995
5. Grupo de trabajo para el DSM-IV-AP. DSM-IV Atención Primaria. Masson Ed. Barcelona 1997
6. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 297:897-9
7. Montón C, Pérez-Echeverría MJ, Campos R, García-Campayo J, Lobo A y GMPZ. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12:345-9
8. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62
9. Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988; 22:21-8
10. Girón M. La entrevista clínica y el diagnóstico de los problemas psicosociales en Atención Primaria: 15-29. Guía básica de salud mental. Curso de práctica clínica. DOYMA SA. Madrid 1998
11. Borrell Carrió F, Bosch Foncuberta JM. Entrevista Clínica. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF (eds) Atención Primaria. 3ªed.: 158-68. Mosby/DOYMA, Barcelona 1994
12. Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la Atención Primaria. DOYMA. Barcelona 1988
13. Lobo A, Campos R, Pérez-Echeverría MJ, Izuzquiza J, García-Campayo JJ, Sanz P et al. A new interview for the multiaxial assessment of psychiatric morbidity in medical settings. *Psychol Med* 1993; 23:505-10
14. Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. Enfermedad mental en Atención Primaria. *Flas. Madrid*, 1996
15. Paykel ES, Priest RG et al. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ* 1992; 305:1198-02

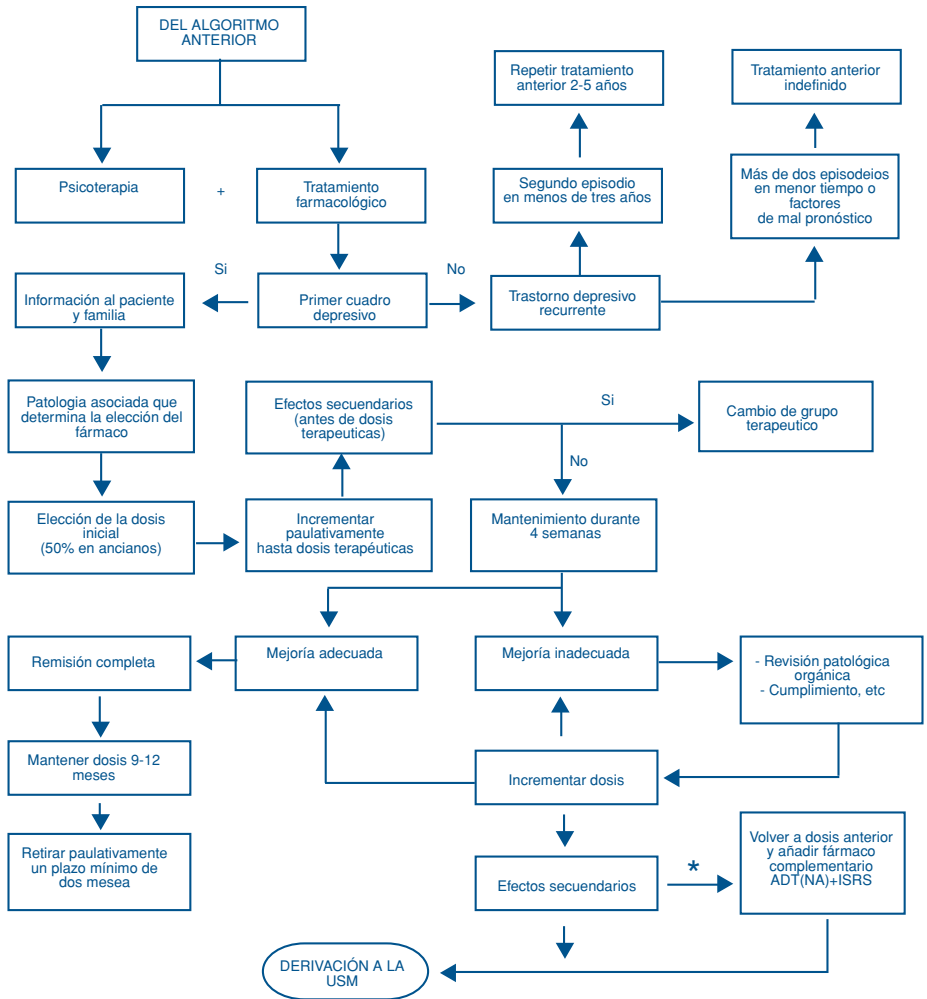
16. OMS.CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Madrid: Meditor 1996
17. Avila A, Poch J. Manual de técnicas de psicoterapia. Siglo XXI . Madrid 1994
18. Fernández –Aranda F. Tratamientos psicológicos en Psiquiatría. Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria. Grupo Aula Médica. Madrid 1998
19. Ciraulo DA, Shader RI, Greenblatt DJ, Creelman W: Drugs Interactions in Psychiatry. Williams and Wilkins. 1995
20. Guía Terapéutica para Atención Primaria. Area 18. Consellería Sanitat. Alicante 2000
21. Medimecum 2000: 493-528. Adis Internacional. Madrid 2000
22. Edwards G, Anderson I. Revisión sistemática y pautas de selección de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Drugs 1999 57(4): 507-35 Adis Internacional New Zealand 1999
23. Benlloch L. Tratamiento de la depresión. Medicine 2000; 8:34-46. IDEPSA. Madrid 2000
24. Antón-Pastor CG, Fernández-Yañez A. Tratamiento farmacológico de la depresión en Atención Primaria. Boletín Farmacoterapéutico Valenciano. Conselleria Sanitat. Valencia 2000
25. National Health Committee.Guidelines for treatment and management of depresión by primary healthcare professionals. USA 1996 [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
26. Ann Arbor. Centre for Evidence Based Mental Disorders. National Guideline Clearinghouse. Guideline Depression. University of Michigan Health System 1999 [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

# ALGORITMO 1



\* COMIENZO DEL ALGORITMO  
 USM : UNIDAD DE SALUD MENTAL

## ALGORITMO 2



\* SOLO SI SE TIENE EXPERIENCIA

## Anexo 1 . Escala abreviada de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) <sup>6,7</sup>

### **Interpretación y comentarios.-**

Este cuestionario es un test discriminatorio, no es válido para realizar diagnóstico o seguimiento evolutivo.

Las preguntas se refieren a la situaciones vividas o sentidas por el paciente en los últimos 15 días

Cada ítem se puntúa sí / no y cada respuesta afirmativa contabiliza 1 punto. En caso de duda o de que el paciente no le de importancia, prevalecerá el juicio del médico en función de la significación clínica del síntoma.

Las cuatro primeras preguntas de cada subescala son obligatorias, el resto del cuestionario sólo se realizarán en el caso de haber obtenido al menos dos respuestas positivas de las preguntas obligatorias en la subescala de ansiedad y una en el caso de depresión.

Un total de puntuación > 2 para la depresión se considera positivo para el test.

Un total de puntuación > 5 para la ansiedad se considera positivo para el test.

Puntuaciones mayores incrementan la posibilidad de padecer la enfermedad. Validada en AP en España por Montón et al en 1993. Para los valores indicados el test presenta: Sensibilidad 83% - Especificidad 82%

### **Escala de Ansiedad**

¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	SI	NO
¿Ha estado muy preocupado por algo?	SI	NO
¿Se ha sentido muy irritable?	SI	NO
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	SI	NO
¿Ha dormido mal? ¿Ha tenido dificultades para dormir?	SI	NO
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?	SI	N
¿Ha tenido alguno de los síntomas siguientes: temblores, hormigueos, sudores, diarrea?	SI	NO
¿Ha estado preocupado por su salud?	SI	NO
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	SI	NO
	<b>Total ( SI )</b>	
	<b>=</b>	

<b>Escala de Depresión</b>		
¿Se ha sentido con poca energía?	SI	NO
¿Ha perdido el interés por las cosas?	SI	NO
¿Ha perdido la confianza en si mismo?	SI	NO
¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	SI	NO
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	SI	NO
¿Ha perdido peso (por falta de apetito)?	SI	NO
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	SI	NO
¿Se ha sentido enlentecido?	SI	NO
¿Cree que ha tendido a encontrarse peor por las mañanas?	SI	NO
	<b>Total ( SI )</b>	
	=	


  

<b>Paciente:</b>
<b>Hª Clínica:</b>
<b>Fecha:</b>
<b>Comentario clínico:</b>

## **Anexo 2 . Mini-exámen Cognoscitivo (MEC) de Lobo <sup>11</sup>**

<p><b>Interpretación y comentarios.-</b></p> <p>Este cuestionario es la versión reducida y adaptada a la población española del MMSE.</p> <p>Sensibilidad del 90.7%, Especificidad 69%.</p> <p>Se acepta como punto de corte puntuaciones de 23 / 24.</p> <p>Grado de deterioro cognitivo: Leve (19-23), Moderado (14-18) Grave (&lt;14).</p> <p>Se utiliza para evaluación diagnóstica y seguimiento terapéutico.</p> <p>Presenta limitaciones en función del nivel cultural / de estudios del paciente. Requiere cierto entrenamiento por parte del entrevistador.</p> <p>Los textos, dibujos y voces deben ser adecuados en tamaño e intensidad para que el paciente los entienda.</p>
---

<b>Nivel cultural / de estudios:</b>					
<input type="checkbox"/> No lee / escribe	<input type="checkbox"/> Estudios primarios	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Universitario		
<b>Orientación</b> (En marzo- junio- septiembre – diciembre se dan por válidas cualquiera de las estaciones del mes)					
<input type="checkbox"/> Día	<input type="checkbox"/> Fecha	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Estación	<input type="checkbox"/> Año	<b>Total aciertos</b> (Máximo 5) =
<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Planta	<input type="checkbox"/> Ciudad	<input type="checkbox"/> Provincia	<input type="checkbox"/> Nación	<b>Total aciertos</b> (Máximo 5) =
<b>Memoria de fijación:</b> Repita estas tres palabras: “Peseta” – “Caballo” – “Manzana”. (repetir hasta que las aprenda y contar el número de intentos - máximo tres intentos = 0 puntos)			<b>Total aciertos</b> (Máximo 3) =		
<b>Concentración y Cálculo:</b>					
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿Cuántas le van quedando?			Anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta aunque la anterior no lo sea. <b>Total aciertos</b> (Máximo 5) =		
Repita estas tres cifras: “5 – 9 – 2”			Anote el número de intentos (no computa para el test) =		
Repita hacia atrás las cifras anteriores			Anote 1 punto por cada cifra dada en el orden correcto. <b>Total aciertos</b> (Máximo 3) =		
<b>Memoria de fijación (repetición):</b> ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes?”.			Anote 1 punto por cada acierto, máximo tres puntos) <b>Total aciertos</b> (Máximo 3) =		
<b>Lenguaje y construcción:</b>					
Mostrar un bolígrafo y preguntar: ¿Qué es esto? Repetir con un reloj			Anote 1 punto cada vez que se identifique el objeto. <b>Total aciertos</b> (Máximo 2) =		
Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros”			Anote 1 punto si el paciente repite la frase. <b>Total aciertos</b> (Máximo 1) =		
Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Y un perro y un gato?			Anote 1 punto cada vez que la respuesta sea correcta. <b>Total aciertos</b> (Máximo 2) =		

<p>Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo</p>	<p>No repita ni ayude. Puntúe un movimiento como correcto si es realizado en el orden correcto. Anote 1 punto por cada movimiento correcto. <b>Total aciertos (Máximo 3) =</b></p>
<p>Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS"</p> <p>Escriba una frase completa (la que Vd. quiera)</p>	<p>Escriba en un papel "CIERRE LOS OJOS" y entrégueselo al paciente. Anote 1 punto si ejecuta correctamente. <b>Total aciertos (Máximo 1) =</b> La frase debe contener al menos sujeto y verbo. Términos como "ayúdeme" o "váyase" pueden aceptarse. Anote 1 punto si es correcta. <b>Total aciertos (Máximo 1) =</b></p>
<p>Copie este dibujo</p> 	<p>Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección formar un diamante. Anote 1 punto si ejecuta correctamente. <b>Total aciertos (Máximo 1) =</b></p>
	<p><b>Puntuación Total (Máximo 35) =</b></p>



## PACIENTE DEPRESIVO

### DETECCIÓN – CRIBADO – DIAGNÓSTICO.

Elevada prevalencia (30% de la población). El paciente depresivo no acude espontáneamente a la consulta. La depresión no es sentida como enfermedad por el paciente. Costos personales y sociales elevados. Enfermedad con grave limitación psicofísica. Pacientes frecuentadores, con enfermedades crónicas y ancianos son grupos de especial riesgo. Carecemos del grado de consenso, de instrumentos de medida y de criterios de buen control a los que estamos acostumbrados en otras patologías.

**Definición:** trastorno de la afectividad que cursa clínicamente como una claudicación psicofísica (síntomas somáticos y psíquicos). Los criterios diagnósticos de la DSM-IV de Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico, Trastorno de adaptación y Trastorno mixto ansioso-depresivo se muestran en las Tablas 1-4.

Diferentes enfermedades orgánicas y tratamientos farmacológicos inducen o remedan cuadros depresivos. -Tablas 5-6.

La Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG) es el instrumento de elección (sensibilidad – especificidad > 80%) para cribado, confirmación y seguimiento de los estados depresivos, Anexo 1.

El Mini-exámen Cognoscitivo de Lobo (MEC) facilita el diagnóstico diferencial del deterioro cognitivo, Anexo 2.

Población candidata y situaciones psicosociales tributarias de administrar el cuestionario EADG - Tabla 7:

**Pacientes:**

- Con manifestaciones psicopatológicas
- Con síntomas somáticos inespecíficos
- Consumidores habituales de psicofármacos
- Hiperfrecuentadores
- En transiciones psicosociales
- Trastornos del sueño
- Fatiga crónica
- Mala evolución de una enfermedad somática
- Relación médico – paciente problemática

### ***Factores de vulnerabilidad:***

- Bajo nivel socio-económico
- Niños pequeños en el hogar
- Desempleo
- Hogar hiperpoblado
- Bajo nivel de autoestima

La ideación y/o la tentativa suicida deben ser valoradas en todo paciente con trastornos afectivos( Tabla10 – Figura 1 en especial en la población de riesgo que se indica en las Tablas 8-9

### ***Pacientes en riesgo suicidiario:***

- Varones mayores de 40 años
- Divorcio – Separación - Desempleo
- Toxicomanías
- Enfermedades graves con elevado componente doloroso o mal pronóstico
- Intentos previos de autolisis personales o familiares
- Soledad, aislamiento social
- Pacientes calculadores, rígidos, con gran autoexigencia
- Reacción de duelo reciente
- Ancianidad
- Esquizofrenia
- Tratamiento psicotropo, al mejorar la inhibición psicomotriz y persistir la tristeza

### ***Valoración riesgo suicidiario:***

- ¿Se encuentra en alguna situación límite o de crisis? (financiera, legal, social, familiar, ...)
- ¿Vive sólo?
- ¿Padece alguna afección grave en la actualidad?
- ¿Ha perdido energías hasta el punto de que cualquier cosa le cuesta un tremendo esfuerzo?
- ¿Ha perdido peso sin razón aparente?
- ¿Ha sido encontrado recientemente con algún tipo de intoxicación?
- ¿Cree que puede ser castigado por algo que hubiera hecho?



- ¿Ha escuchado voces que otras personas no pueden oír?
- ¿Ha escuchado voces que le solicitan su vida?
- Cuénteme algunas de las ideas que tiene sobre el suicidio. ¿Ha pensado algún plan especial para llevar a cabo esta idea?
- ¿Usa, colecciona o guarda en casa algún tipo de arma blanca o de fuego?
- ¿Tiene acceso a venenos, tranquilizantes, antidepresivos o al suministro de drogas?

### ***Estrategia y contenidos de consulta:***

- Creación en la consulta de un “ambiente positivo” de comunicación con el paciente: empatía – escucha activa - asertividad
- Realizar historia clínica médica dirigida a valorar las condiciones de enfermedad y/o consumo de fármacos indicados en las Tablas 5-6 valorando la relación existente o no
  - Exploración psicológica
  - Administración cuestionario EADG
  - Valoración del riesgo suicidiario <sup>15,16</sup> (Tablas 8-9-10, Figura 1)
  - Exploración física orientada a valorar las condiciones de enfermedades concomitantes expuestas en la Tabla 4
    - Analítica básica incluyendo: hemograma – glucemia – creatinina – transaminasas – iones
    - Analítica específica en función de la patología concomitante o sospecha clínica
    - Pruebas complementarias opcionales: función tiroidea, EKG (imprescindible en paciente anciano como paso previo al tratamiento farmacológico)
    - Valorar decisión terapéutica (psicoterápica +/- farmacológica). Recordemos que los apartados del 1 al 5 ya tienen un efecto terapéutico importante
  - Diseñar y pactar con el paciente un plan de seguimiento en consulta

## **MEDIDAS TERAPÉUTICAS.**

- 1- Información al paciente y a su familia sobre la enfermedad, evolución, pronóstico y opciones terapéuticas
- 2- Abordaje psicoterápico imprescindible Tablas 13-14:
  - Escucha empática

- Psicoterapia breve focal
- Técnica de resolución de problemas

### 3-Tratamiento farmacológico (optativo) Tablas 16-17:

- Investigar eficacia tratamientos previos
- Todos los antipresivos son igualmente eficaces
- Considerar: perfil de seguridad, interacciones, dosificación mínima eficaz, enfermedades y tratamientos concomitantes
- Considerar e informar al paciente de la demora terapéutica
- Mantener tratamiento (4-9 meses) tras mejoría clínica

## SEGUIMIENTO.

Visitas sucesivas: aunque es difícil fijar la frecuencia y la duración de las visitas de seguimiento podríamos recomendar dadas las condiciones asistenciales “reales”:

- dos visitas iniciales (15') en el primer mes, para confirmación diagnóstica, valoración pruebas complementarias, fijar objetivos terapéuticos y plan de seguimiento
- visita al mes del diagnóstico (15') para comprobar evolución y actitud terapéutica
- visita cada 2 meses (15') para valorar la evolución clínica, efectos tratamiento farmacológico, cumplimiento y refuerzo psicoterapéutico
- visita a los 6 meses (15') para valorar alta y pronóstico

### ***Los contenidos de las visitas de seguimiento serían:***

- Interpretar los resultados de las pruebas complementarias
  - Profundizar en la exploración psicopatológica de paciente / realizar intervenciones psicoterapéuticas. Este punto estará en función de las aptitudes y posibilidades asistenciales de las que disponga el médico.
  - Valorar evolución del paciente – Riesgo suicidiario
  - Valorar la decisión terapéutica farmacológica
  - Valorar criterios de gravedad – deterioro – mala respuesta – derivación
- Unidad de Salud Mental (Tabla 11)



## CRITERIOS DE DERIVACIÓN UNIDAD DE SALUD MENTAL

- Intento o ideación suicida
- Síntomas psicóticos / Síndrome confusional
- Trastorno de la personalidad
- Episodio depresivo en el contexto de un trastorno bipolar
- Depresión en infancia / adolescencia
- Depresión recurrente / crónica
- Falta de respuesta al tratamiento adecuado
- Circunstancias sociales de alto riesgo o difícil manejo
- Petición expresa del paciente de ser atendido por un psiquiatra
- Pérdida de confianza en el médico en el curso del tratamiento
- Sentimientos de fracaso / desmoralización por parte del médico

## EVIDENCIAS - RECOMENDACIONES.- (\*)

- La depresión está infradiagnosticada y tratada **B**
- Los pacientes que acuden a consulta con síntomas somáticos raramente se reconocen a si mismos como depresivos **B**
- Las depresiones leves pueden ser eficazmente tratadas con medicación o psicoterapia indistintamente. Las depresiones moderadas y graves requieren tratamiento farmacológico antidepressivo obligatorio, asociado o no a psicoterapia **A**
- Un 65-70% de los casos responden satisfactoriamente al tratamiento farmacológico antidepressivo **A**
- No existen diferencias en términos de eficacia ni de rapidez de acción entre los distintos fármacos antidepressivos **A**
- La elección del fármaco antidepressivo se realizará en función del perfil de seguridad y de los antecedentes de tratamiento previo **A**
- Se requiere un seguimiento inicial con vistas frecuentes para valorar la respuesta de la intervención, los efectos adversos del fármaco, los sistemas de soporte social y el riesgo suicidiario **B**
- En la depresión mayor, el mantenimiento de la medicación durante 4-9 meses tras resolverse el cuadro agudo disminuye la posibilidad de recaídas **A**
- La información y educación del paciente depresivo sobre su enfermedad es determinante para superar el estigma social que conlleva y vencer las resistencias al tratamiento **C**
- En algunos pacientes seleccionados con depresión mayor, puede ser necesario el mantenimiento de la medicación de forma indefinida **C**

(*)	Categoría de la Evidencia (US Agency for Health Care Policy and Research)	Grado de Recomendación
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis de EC aleatorizados	A
Ib	Evidencia obtenida de al menos un EC aleatorizado	A
IIa	Evidencia obtenida de al menos un EC controlado, bien diseñado, no aleatorizado	B
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio quasi experimental bien diseñado	B
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos (cohortes, casos-controles) bien diseñados	B
IV	Evidencia obtenida de comités de expertos y/o profesionales de experiencia clínica "reconocida"	C

## FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

Grupo terapéutico Características principales)	Nombre (Rango terapéutico)	Anticolinérgica	Anti adrenergica	Antihistaminica	ISRS	Consejos
<b>HETEROCÍCLICOS:</b> Inhibidores no selectivos de la recaptación NA Y SR)  Eficacia demostrada, menor coste, mayores efectos secundarios Controlar previamente la conducción cardíaca (ECG) Contraindicación: en IAM reciente Contraindicación relativa: Glaucoma, HBP, 1er trimestre del embarazo, hepatopatías, nefropatías, estados confusionales	Clomipramina (50-300)	2	-	1	4	Control ECG. No administrar a niños
	Mianserina (30-120)	0/1	-	-		Puede producir somnolencia diurna. Puede darse en cardiopatías
	Imipramina (75-300)	2	1	1	2	Control ECG
	Maprotilina (75-150)	1	1	2	-	Control ECG.
<b>ISRS</b>  Indicados como primer fármaco en: Enfermedad cardiovascular Geriatria Mal cumplimiento Activos Riesgo de intoxicación (Suicidio)	Citalopram (20-60)	0	0	0	4	Adecuado en pacientes polimedcados
	Fluoxetina (20-60)	0	0	0	4	
	Fluvoxamina (100-200)	0	0	0	4	No combinar con Astemizol ni Terfenadina (Riesgo de arritmia)
	Paroxetina (20-60)	1	0	0	4	
	Sertralina (50-200)	0	0	0	4	Adecuado en pacientes polimedcados
<b>IMAO</b> (Inhibidores monoamino oxidasa)	La indicación y seguimiento corresponde a las Unidades de Salud Mental					
Sales de Litio	La indicación y seguimiento corresponde a las Unidades de Salud Mental					



## **EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS**

### ***HETEROCICLICOS ISRS***

#### Efecto anticolinérgico

- Visión borrosa
- Sequedad de boca (80% de los pacientes)
- Retención urinaria
- Estreñimiento (75%): riesgo de pseudo-oclusiones por fecalomas
- Taquicardia sinusal
- Disminución del umbral convulsivo
- Alteración de la memoria

#### Efectos antihistamínicos

- Aumento de peso
- Sedación

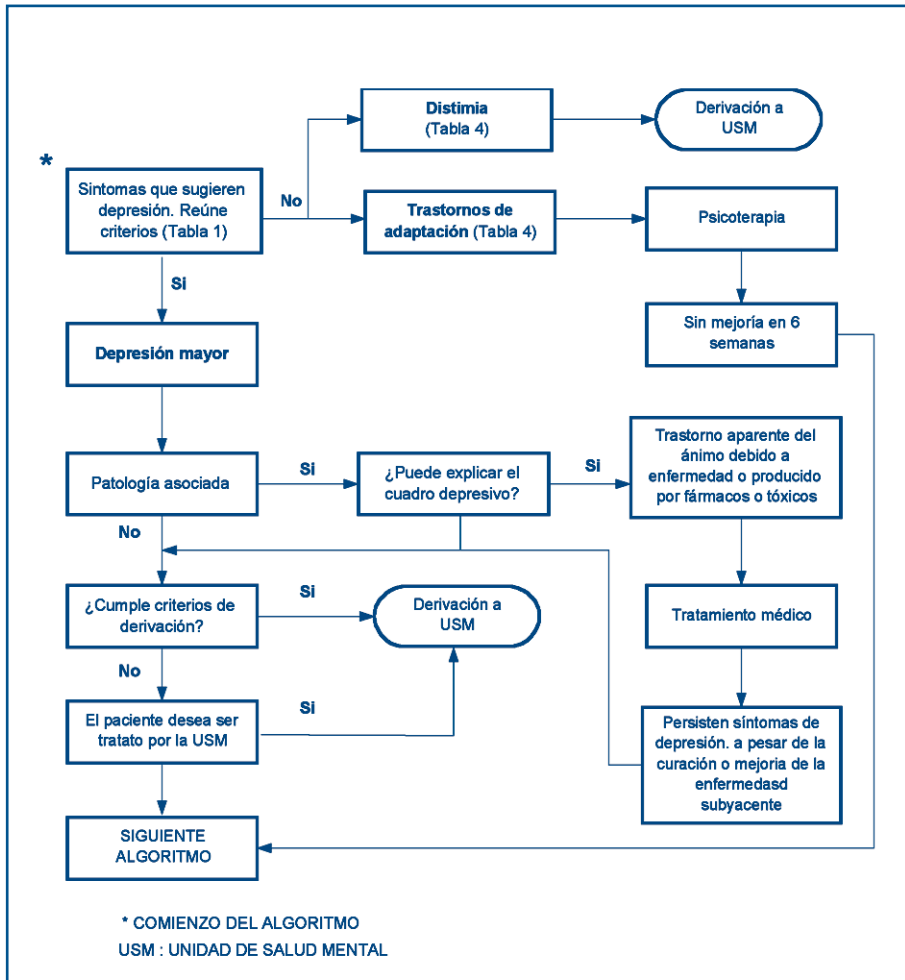
#### Efecto antiadrenérgico

- Riesgo de ortostatismo y caídas

#### Efecto serotoninérgico.

- Náuseas, vómitos
- Diarrea
- Sudoración profusa
- Nerviosismo
- Insomnio
- Disfunción sexual
- Impotencia

# MANEJO DE LA DEPRESIÓN



\* comienzo del algoritmo

USM: Unidad de salud mental

