

GPC sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto

Equipo docente.

- Ana María Iranzo – Médico de familia
- Francisca Vicente – Médico de familia
- Teresa Benedito – Médico de familia
- Sergio Martínez - Médico de familia
- José María Requena – Médico de familia
- Bernardo Pérez – FEA Psiquiatría
- Andrés Fontalba – FEA Psiquiatría
- M^a Francisca García – Técnico URM
- Javier Pastor – Técnico del medicamento

Programa.

- Día 1:
 - Introducción: 30 min
 - Definición y diagnóstico de la depresión: 1:30 min
- Día 2:
 - Tratamiento farmacológico: 2:00 horas
- Día 3:
 - Psicoterapia: 45 min
 - Otros tratamientos: 45 min
 - Evaluación final: 30 min

Introducción

- Sistemática del curso
- Concepto de GPC
- Niveles de evidencia
- Proyecto Guíasalud

Sistemática del curso

- Duración del curso: 3 días.
- Horario: 8 a 10 horas.
- Metodología: Casos prácticos y exposiciones del contenido de la guía.
- Evaluación
 - Asistencia: Hoja de firmas
 - Conocimientos adquiridos: Cuestionario tipo test.

Concepto de GPC

- Una GPC se define como:

“el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico de unas circunstancias sanitarias específicas”.

Concepto de GPC

- Atributos de una buena GPC:
 - Multidisciplinar
 - Clara
 - Válida (revisión bibliográfica rigurosa)
 - Reproducible
 - Fiable
 - Flexible (debe reflejar todas las alternativas posibles)
 - Aplicable
 - Actualizada
 - Revisión programada

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

Niveles de evidencia

1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de bajo.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Fuerza de las recomendaciones

A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica

✓
1

Práctica recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: *A guideline developers' handbook* (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication nº 50, 2001.

1. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.



-  Cabalogo de guias en el SNS
-  Solicitud de inclusión de GPC
-  Apoyo metodológico
-  Bibliografía
-  Experiencias con GPC
-  Recursos digitales

Buscar:

Resumen de GPCs revisadas:

TOTAL	430
No incluidas	342
Incluidas	60
En revisión	7
Caducadas	21

Únicamente se incluyen aquellas guías que cumplan los criterios de inclusión.

Las GPC incluidas en este catálogo no son de obligado cumplimiento; ni sustituyen el juicio clínico de los sanitarios.

La GPC cuyo título aparece en gris en el desplegable del Catálogo, indica que está caducada. Una GPC caducada incumple el [criterio 3 de inclusión](#) en el Catálogo de

Desplegar todos los menús | Recoger todos los menús

Guías incluidas

- Enfermedades infecciosas y parasitarias (5)
- Neoplasias (17)
- Enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad (6)
- Trastornos mentales (10)
- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (5)
- Enfermedades del aparato circulatorio (11)
- Enfermedades del aparato respiratorio (7)
- Enfermedades del aparato digestivo (8)
- Enfermedades del aparato genitourinario (8)
- Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (8)
- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (7)
- Anomalías congénitas (2)

Introducción

Prevalencia y repercusiones sanitarias de la depresión

1. Una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida.
2. Es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades Cardiovasculares.
3. En España, el número de suicidios consumados ha aumentado en los últimos años, pasando de 1.652 en 1980 (1.237 hombres y 415 mujeres) a 3.399 en 2005.
4. Por término medio, los pacientes con depresión pierden 11 días por cada periodo de 6 meses, mientras que los individuos sin esta condición únicamente pierden dos o tres.

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

■ CASO CLINICO 1

MUJER DE 30 AÑOS SIN AP DE INTERÉS, TRABAJA DE CAJERA EN MERCADONA. HACE 3 MESES SU MARIDO LA HA DEJADO POR OTRA, QUE ADEMÁS ES MAS FEA QUE ELLA, Y ACUDE A CONSULTA DICHIENDO QUE LLEVA APROX. DOS SEMANAS EN LAS QUE EMPIEZA A NOTARSE DÉBIL Y MAS CANSADA DE LO HABITUAL, QUE LE CUESTA TRABAJO LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS A PESAR DE QUE DUERME BIEN POR LA NOCHE. HA AUMENTADO SU CONSUMO DE TABACO AL DOBLE PORQUE DICE QUE ESTO LA MANTIENE MAS A ALERTA. SOLO SE ENCUENTRA MEJOR Y MAS ENTRETENIDA EL RATO QUE TRABAJA.

NO TIENE GANAS DE HACER COSAS NI DE SALIR A LA CALLE COMO HACIA ANTES, Y ADEMAS DICE NO SENTIR PLACER POR LAS COSAS QUE ANTES SE LO PRODUCÍA.

TENIENDO EN CUENTA EL CONJUNTO DE SINTOMAS QUE DESCRIBE LA PACIENTE. ¿EN QUE TIPO DE DÉPRESION ENCASILLARIAS A LA MISMA?

- LEVE
- MODERADA
- GRAVE

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

■ CASO CLINICO 2

VARÓN DE 50 AÑOS, CASADO Y PADRE DE 2 HIJOS QUE DESDE HACE UN AÑO ESTA EN PARO Y SIN POSIBILIDAD DE EMPLEO A MEDIO PLAZO.

ACUDE A CONSULTA OBLIGADO POR SU MUJER PORQUE DICE QUE EN EL ÚLTIMO MES HA PERDIDO YA TODA ESPERANZA DE ENCONTRAR NADA, SU EDAD ES UN IMPEDIMENTO Y NO TIENE GANAS DE HACER NADA NI SIENTE PLACER POR LAS COSAS QUE HACE (SEXO INCLUIDO).

NO TIENE CAPACIDAD PARA MANTENERSE CONCENTRADO HACIENDO ALGO MÁS DE DOS MINUTOS SEGUIDOS AFECTANDO A TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA COTIDIANA.

SE SIENTE MUY CANSADO Y NO QUIERE SALIR A LA CALLE PORQUE DICE NO MERECKERSE NADA DE LA QUE LE PUEDA OFRECER ÉSTA.

REFIERE QUE LE CUESTA MUCHO TRABAJO CONCILIAR EL SUEÑO PERO ADEMÁS SE DESPIERTA VARIAS VECES A LO LARGO DE LA NOCHE.

COMENTA QUE ES UN INÚTIL Y SE CULPA DE TODO LO QUE OCURRE, REPROCHANDOSE QUE TODO ESTO NO HUBIERA PASADO SI NO ESTUVIERA EN EL MUNDO.

HA PERDIDO EL APETITO Y CUENTA QUE EN ESTE TIEMPO HA PERDIDO 7 KILOS.

ADEMÁS, SIENTE QUE ES UN ESTORBO PARA SU MUJER E HIJOS Y QUE EL DIA MENOS PENSADO SE QUITA DE EL MEDIO PORQUE NO SOPORTA VER SUFRIR A SU FAMILIA CON ESTA SITUACION.

ATENDIENDO A LOS SINTOMAS, ¿CÓMO CLASIFICARIAS ESTE CUADRO DEPRESIVO?

- DEPRESION LEVE
- DEPRESION MODERADA
- DEPRESION GRAVE

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

Preguntas para responder

1 Cribado y factores de riesgo de suicidio en la depresión mayor del adulto

- ¿La realización de un cribado mejoraría los resultados en la depresión mayor?
- ¿Existen factores de riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mayor?

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

■ Definición

- La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, 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 o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

■ Diagnóstico

- Esta guía de práctica clínica asume la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (*Trastornos mentales y del comportamiento*, CIE 1032 con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente))

Tabla 3. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

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

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

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

D. Puede haber o no síndrome Somático*

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos

- ~ 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 2 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

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

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 tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

Otros criterios de diagnóstico (Fuera de guía)

- Criterios para el episodio depresivo mayor (DSM IV TR).
 - A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

Otros criterios de diagnóstico (Fuera de guía)

- 1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- 2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- 3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- 4. insomnio o hipersomnia casi cada día
- 5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
- 7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- 8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- 9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Otros criterios de diagnóstico (Fuera de guía)

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Otros criterios de diagnóstico (Fuera de guía)

- Ventajas de usar estos criterios:
 - -Incluyen criterios de funcionalidad
 - -Son más claros y precisos
 - -También están incluidos en la guía clínica

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

- Factores de riesgo
 - Variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos.
 - Circunstancias personales o sociales: se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia. El estado civil y el estrés crónico.
 - Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo.
 - Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor.
 - También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

- Cribado de depresión
 - Un elevado porcentaje de pacientes con depresión no están diagnosticados ni tratados por lo que algunos autores proponen la realización de cribados entre la población, con el fin de asegurar que todos sean identificados y reciban el tratamiento adecuado.
 - En un meta-análisis reciente, los autores concluyen que los test ultracortos (entre una y cuatro preguntas) parecen ser, en el mejor de los casos, un método para excluir el diagnóstico de depresión.

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

Cribado de depresión

Resumen de la evidencia

1+	Los test de más de una pregunta (entre dos y tres) son los más apropiados para la realización del cribado de la depresión. (51).
1-	Los estudios disponibles en la actualidad nos muestran que si bien existen instrumentos válidos para identificar o excluir casos de depresión, no existen suficientes pruebas acerca de su capacidad para alterar de forma favorable la evolución y pronóstico de la enfermedad (21, 52, 53).
1-	El cribado de la depresión mayor, sin un programa de tratamiento accesible y un seguimiento adecuado, no parece ser efectivo (21, 52, 53).

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

Cribado de depresión

Recomendaciones

✓	De forma general no se recomienda el cribado de la depresión, ya que existen dudas razonables sobre su efectividad a la hora de modificar el curso de la enfermedad si no se acompaña de medidas de seguimiento.
✓	Debe tenerse en cuenta la posibilidad de patología depresiva en personas con factores de riesgo.
B	Los cuestionarios a utilizar deberían incluir al menos dos preguntas referentes al ánimo y a la capacidad de disfrute de la persona.

Riesgo de suicidio

■ CASO CLINICO 1:

Mujer de 24 años trasladada a Urgencia por 061 tras ingesta voluntaria de ansiolíticos y alcohol.

- Sin antecedentes somáticos ni psiquiátricos de interés.
- Ha tenido una fuerte discusión con su novio, con el que convive desde hace pocos meses. No refiere clínica depresiva ni otra sintomatología a destacar en las últimas semanas. En general buena adaptación socio-laboral previa.
- La paciente ingirió en alcohol y medicación que tenía de su madre- “se la mando hace años el médico de cabecera”-. Ella misma llamó al 061 tras sentirse arrepentida por lo sucedido.

¿Cómo sería el manejo de esta paciente?

- 1.- Ingreso en salud mental
- 2.- Indicación de tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos
- 3.- Indicación de psicoterapia
- 4.- Indicación de terapia de pareja
- 5.- Tratamiento somático de la intoxicación, cita con MFyC para nueva valoración y si precisara por empeoramiento valoración por salud mental.

Riesgo de suicidio

■ CASO CLÍNICO 2:

- Varón de 56 años traído a Urgencias tras encontrarlo un amigo en estado comatoso.
- Ingreso en UVI por ingesta voluntaria de fármacos anestésicos empleados en veterinaria.
- Separado. Vive solo en una finca donde se dedica a la cría de caballos.
- Diagnóstico de Trastorno depresivo mayor hace 1 año con buena respuesta al tratamiento. Hace 2 meses que había abandonado el tratamiento al encontrarse mejor.
- Toma los fármacos en la finca y no avisa a nadie. Un amigo lo llama varias veces por teléfono y como no contesta se acerca a buscarlo.

¿Cómo sería el manejo de este paciente?

- 1.- Alta tras tratamiento de la intoxicación con cita con MF
- 2.- Alta tras tratamiento de la intoxicación con cita con servicios sociales.
- 3.- Alta tras tratamiento de la intoxicación
- 4.- Tratamiento médico, estabilización somática del paciente y posterior interconsulta a salud mental para valoración e inicio de tratamiento antidepresivo.
- 5.- Ingreso urgente en salud mental

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

■ Riesgo de suicidio

- La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida.
- Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, e incluyen factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales.

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

Tabla 4 Factores de riesgo de suicidio en personas con depresión mayor

- ~ Antecedentes de intentos de suicidio previos.
- ~ Antecedentes de suicidio en la familia
- ~ Comorbilidad en el Eje II (diagnóstico por ejes de DSM-IV): T. límite personalidad.
- ~ Impulsividad.
- ~ Desesperanza.
- ~ Eventos vitales tempranos traumáticos.
- ~ Estrés vital.
- ~ Bajo apoyo social-pareja.
- ~ Sexo masculino.
- ~ Abuso-dependencia de alcohol u otras drogas.

Fuente: elaboración propia

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

Resumen de la evidencia

3	El riesgo de suicidio se incrementa durante el episodio de depresión mayor y en el período de remisión parcial (61).
3	Los intentos autolíticos previos por parte del paciente se asocian significativamente a la probabilidad de un futuro suicidio consumado (61, 62, 64).
3	El abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, el trastorno límite de la personalidad y los niveles altos de impulsividad y agresividad aumentan el riesgo de suicidio en varones con trastorno depresivo mayor (63).
3	Aunque la información clínica es escasa y heterogénea, hay pruebas que sugieren que existe una diferencia en los factores de riesgo de suicidio en pacientes con depresión mayor en relación al sexo, la edad, la gravedad y duración del episodio, el estado civil y a la comorbilidad (alcoholismo y drogadicción) (62).

Definición y diagnóstico de la depresión mayor

Recomendaciones

✓	En todo paciente con un trastorno depresivo mayor se recomienda explorar las ideas de muerte y de intención autolítica.
✓	La historia clínica de un paciente con depresión mayor deberá recoger siempre los intentos autolíticos previos.
✓	En pacientes con alto riesgo de suicidio se recomienda un apoyo adicional frecuente y valorar su derivación urgente al especialista de salud mental.
✓	Deberá considerarse la hospitalización en aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio.

CONDUCTA SUICIDA: (fuera de guía)

- Intento de suicidio: Acto con intencionalidad de quitarse la vida, que no tiene un resultado de muerte
- Gesto suicida o parasuicidio: conducta autolesiva sin intencionalidad de quitarse la vida y con la que se pretende aparentar lo contrario para obtener un beneficio secundario (mayor atención , evadir responsabilidades, despertar culpabilidad)

CONDUCTA SUICIDA: (fuera de guía)

■ Factores de riesgo:

■ Sociodemográficos

- Sexo: masculino más suicidios consumados (SC), mujeres más gesto autolíticos (GA)
- Edad: el riesgo aumenta a partir de los 40 años.
- Estado civil: más frecuente en personas viudas, separadas y solteras
- Situación laboral: más frecuente en desempleados, sobre todo de larga duración, también en jubilados

CONDUCTA SUICIDA: (fuera de guía)

- Factores sociales:
- **Acontecimientos vitales estresantes** (muerte ser querida, pérdida pareja, trabajo, problemas judiciales o financieros, antecedentes de malos tratos en la infancia, abusos sexuales, inestabilidad familiar). El cambio de lugar de residencia, sobre todo en ancianos, donde este hecho va asociado a temores de ingreso en una residencia es un factor precipitante conocido
- el **apoyo social**, como el sentimiento de pertenencia a un grupo tiene un efecto protector ante el suicidio, al contrario que el aislamiento.
- Otros factores : existencia de intentos previos de suicidio y antecedentes familiares

CONDUCTA SUICIDA: (fuera de guía)

- **Enfermedades médicas:** sobre todo aquellas incapacitantes, crónicas y que tienen mal pronóstico, por lo que producen desesperanza (SIDA, enfermedades neurodegenerativas- demencia, parkinson, esclerosis múltiple, ACVs - , cáncer).

CONDUCTA SUICIDA: (fuera de guía)

■ Enfermedades psiquiátricas:

- *La depresión mayor*, se considera el factor de riesgo más importante. Muchos pacientes suicidas no habían sido diagnosticados ni tratados.
- *El alcoholismo*, dado la alta comorbilidad con la depresión, problemas sociofamiliares y la impulsividad asociada a los cuadros de intoxicación, acentuada en los casos de uso concomitante de cocaína aumenta considerablemente el riesgo autolítico.
- *Esquizofrenia*, el riesgo aumenta en pacientes jóvenes, asociado a la depresión post-esquizofrénica (en fase de remisión de la clínica psicótica cuando aparece conciencia de enfermedad), y cuando hay recaídas frecuentes, soledad, y aislamiento.
- *Trastornos de personalidad (límite y antisocial)*, rasgos como la inmadurez, escasa tolerancia a las frustraciones y déficit de control de impulsos.
- Otros: trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo anorexia nerviosa..

CONDUCTA SUICIDA: (fuera de guía)

- Entrevista al paciente suicida:

Considerar los factores de riesgo descritos y valorarlos en el contexto de la exploración clínica individualizada (examen del estado mental y evaluación de la ideación \conducta suicida)

- Evaluación de la ideación suicida:

Si la ideación es esporádica o persistente

Si existe planificación: Cuando hay un plan desarrollado y estructurado aumenta el riesgo, sobre todo cuando hay medios accesibles. La existencia de hechos como por ejemplo redactar una nota de despedida y\o regalar objetos con especial carga emocional supone mayor gravedad.

La desesperanza, como el sentimiento de abatimiento con el convencimiento de que las circunstancias o la actitud hacia las mismas no cambiarán a pesar del tiempo ni de la ayuda de un tratamiento, es uno de los factores más importantes estudiados.

- Evaluación de la conducta suicida:

Método: de elevada letalidad (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego), indica mayor gravedad que los de baja letalidad (ingestión de fármacos, cortes superficiales en antebrazos).

Posibilidad de ayuda \previsión de rescate: la elección de lugares aislados, con pocas posibilidades de recibir ayuda y la toma de precauciones para no ser descubierto, incrementan la gravedad. Un caso grave podría ser un paciente que de forma planificada se va a un descampado e intenta suicidarse con el gas del tubo de escape del coche, y es descubierto accidentalmente por unos guardias que pasaban circunstancialmente por allí.

El caso contrario sería aquel paciente que “se toma pastillas” de manera que algún familiar le preste atención o él mismo pida ayuda.

Actitud posterior a la tentativa: puede ser de arrepentimiento y alivio por no haberlo conseguido o de contrariedad. Valorar si hace crítica de lo sucedido y si existen planes realistas y adaptativos de futuro.

CONDUCTA SUICIDA: (fuera de guía)

■ Manejo del paciente suicida:

Se puede decidir un tratamiento ambulatorio cuando se dan las siguientes circunstancias:

No hay un plan suicida concreto

No existe patología psiquiátrica grave

El apoyo social y familiar es adecuado

El paciente acepta el tratamiento y se compromete con el médico a acudir a urgencias o pedir ayuda a un familiar si aparecen ideas o planes suicidas (“contrato de no suicido”)

Debemos implicar a los familiares para que se ocupen del control de la medicación, de asegurar la asistencia a citas y de limitar el acceso a medios potencialmente letales.

Tratamiento farmacológico

● Caso práctico 1:

- Paciente que acude a la consulta con sintomatología de depresión moderada-grave, sin antecedentes previos, que tratamiento y duración recomendaría:
 - Un ISRS durante, al menos, 1 año.
 - Un ISRN durante, al menos, 6 meses.
 - Un ISRS durante, al menos, 6 meses.
 - Un ADT durante, al menos, 1 año.
- Pasadas 4 semanas el paciente no responde al tratamiento. ¿Cómo actuaría?
 - Cambiaría por otro ISRS
 - Cambiaría por Venlafaxina
 - Cambiaría por una combinación de dos antidepresivos
 - Derivaría al paciente a Salud Mental para su valoración.

Tratamiento farmacológico

● Caso práctico 2:

- Adolescente de 16 años que acude a la consulta con síntomas que podrían indicar una depresión mayor. ¿Cómo actuaría?
 - Derivaría a Salud Mental.
 - Comenzaría tratamiento con fluoxetina
 - Comenzaría tratamiento con paroxetina
 - Esperaría 2 semanas para ver la evolución del paciente.

Tratamiento farmacológico

- ¿Existe algún fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la depresión mayor leve, moderada o grave?
- ¿Hay algún fármaco mejor que otro en el tratamiento de la depresión mayor? ¿Cuál es el tiempo de espera para valorar la eficacia de un fármaco?
- ¿Cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento farmacológico tras la remisión del cuadro depresivo?
- ¿Qué estrategias farmacológicas están indicadas en la depresión resistente?

Tratamiento farmacológico

● Eficacia general

- Diversas revisiones sistemáticas han demostrado que tanto los ADT cómo los ISRS son más eficaces que placebo.
- La guía de NICE no recomienda el empleo de fármacos en depresión leve por presentar un bajo riesgo-beneficio y recomienda considerarlos tras fracaso de otras estrategias terapéuticas, si hay problemas psicológicos o médicos asociados o historia previa de depresión moderada o grave.

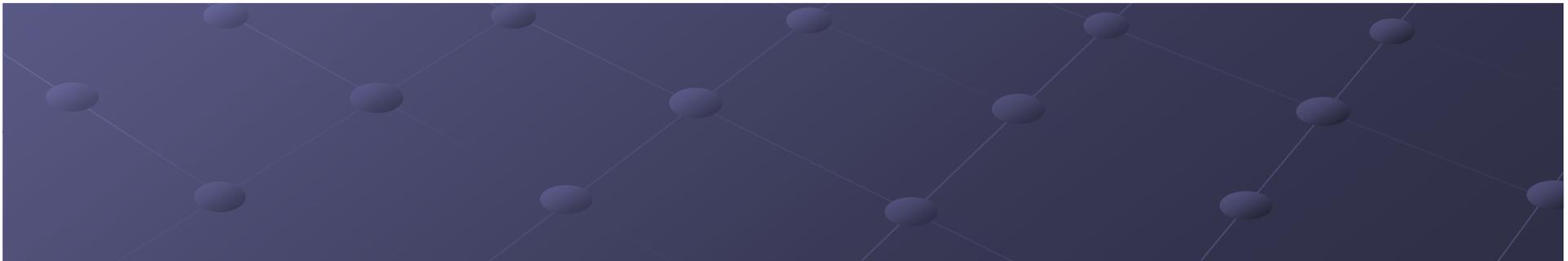
Resumen de la evidencia

	No existen datos suficientes que permitan evaluar dosis bajas de antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión mayor.
4	No existen datos de calidad acerca del beneficio-riesgo del tratamiento farmacológico de la depresión leve (21).
1++	El empleo de fármacos antidepresivos mejora la depresión moderada y grave (21).
1+	Los nuevos antidepresivos presentan tasas de respuesta y remisión superiores a placebo (21, 69-76).

Tratamiento farmacológico

Recomendaciones

A	Los fármacos antidepresivos representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada o grave.
✓	En la depresión leve pueden considerarse otras estrategias terapéuticas antes que los fármacos antidepresivos.
D	Se recomienda el empleo de fármacos en aquellos pacientes con depresión leve y antecedentes de episodios moderados o graves.
D	Se recomienda el empleo de fármacos en depresión leve ante la presencia de otras enfermedades médicas o comorbilidad asociada.
✓	Se recomienda citar en el plazo máximo de 15 días a cualquier paciente con depresión que no reciba tratamiento farmacológico.



Tratamiento farmacológico

● Eficacia comparativa de fármacos

- La amitriptilina inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina aumentando su concentración sináptica y permanece como fármaco estándar en los estudios de comparación de ADT con otros fármacos.
- Los ISRS son una clase heterogénea de fármacos que producen una inhibición selectiva de la recaptación de serotonina, con una diferente potencia de los compuestos existentes.

● ADT frente a ISRS

- En una revisión Cochrane no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni clínicamente relevantes en la disminución de síntomas, en las tasas de respuesta entre la fluoxetina y los ADT, ni entre la primera y los antidepresivos en comparaciones individuales.
- La fluoxetina tuvo menos abandonos tempranos debidos a efectos secundarios que la amitriptilina y otros ADT.

● Comparación entre ISRS

- Existen numerosos ECA publicados comparando la fluoxetina con otros ISRS y otros ISRS entre sí, si bien los estudios suelen ser de corta duración, con diferentes poblaciones, validez interna limitada (muchas pérdidas) y financiados por la compañía propietaria de la patente de alguno de los fármacos estudiados.
- En algunos meta-análisis incluidos en la revisión de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la eficacia de algunos fármacos, aunque estas diferencias fueron pequeñas y probablemente no clínicamente relevantes.

Tratamiento farmacológico

● Comparación entre ISRS

- Los pacientes tratados con escitalopram parece que responden en mayor proporción que los tratados con citalopram, con un número necesario a tratar (NNT) para obtener un respondedor adicional a las 8 semanas de 14.
- Los pacientes tratados con sertralina tuvieron una reducción adicional de 0.75 puntos en la HAM-D-17 comparado con los tratados con fluoxetina y el NNT para ganar un respondedor adicional a las 6-12 semanas era de 14.

Tratamiento farmacológico

● Comparación entre ISRS

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mejora de la sintomatología ni en las tasas de respuesta entre fluoxetina y paroxetina ni entre paroxetina y sertralina.

Tratamiento farmacológico

Principio	Particularidades
Amitriptilina	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS.
Clomipramina	
Imipramina	
Nortriptilina	
Maprotilina	Visión borrosa y somnolencia.
Trazodona	Más sedación, hipotensión postural y nauseas.

Mianserina	Más somnolencia que otros ADT. Útil en tratamientos combinados.
Citalopram	Nauseas, boca seca, sudoración y temblor. Menos abandonos.
Escitalopram	
Fluoxetina	Más sudoración, náusea y pérdida de peso.
Fluvoxamina	Nauseas, nerviosismo y sudoración.
Paroxetina	Aumento de peso, mayor disfunción sexual y síndrome de discontinuación.
Sertralina	Más diarrea que resto del grupo.
Bupropion	Menos problemas de disfunción eréctil y menor aumento de peso.
Duloxetina	Sin estudios de prevención de recaídas (6 meses).
Mirtazapina	Respuesta más rápida, mayor aumento de peso.
Reboxetina	Síntomas vegetativos. Taquicardia e hipotensión leve relacionada con la dosis.
Venlafaxina	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere seguimiento cardiovascular estrecho.

Ficha Técnica Venlafaxina

- **Presión arterial**

Se han notificado frecuentemente aumentos de la presión arterial con venlafaxina relacionados con la dosis. En algunos casos, durante el periodo post-comercialización, se ha notificado presión arterial gravemente elevada que requirió tratamiento inmediato. Debe examinarse cuidadosamente a todos los pacientes para detectar presión arterial elevada e hipertensión preexistente antes de iniciar el tratamiento.

Debe controlarse periódicamente la presión arterial tras el inicio del tratamiento y tras aumentos de la dosis. Debe tenerse precaución en pacientes cuyas condiciones subyacentes puedan verse comprometidas por aumentos en la presión arterial, por ejemplo aquellos con la función cardíaca alterada.

- **Frecuencia cardíaca**

Pueden producirse aumentos en la frecuencia cardíaca, particularmente con dosis elevadas. Debe tenerse precaución en pacientes cuyas condiciones subyacentes puedan verse comprometidas por aumentos en la frecuencia cardíaca.

- **Cardiopatía y riesgo de arritmia**

No se ha evaluado el uso de venlafaxina en pacientes con un historial reciente de infarto de miocardio o cardiopatía inestable. Por ello, se deberá usar con precaución en estos pacientes.

En la experiencia tras la comercialización, se han notificado arritmias cardíacas mortales con el uso de venlafaxina, especialmente con sobredosis. Debe considerarse la relación riesgo-beneficio antes de recetar venlafaxina a pacientes con riesgo elevado de arritmia cardíaca grave.

Tratamiento farmacológico

- Comparación entre ISRS/nuevos antidepresivos
 - Una revisión Cochrane⁷⁷ no encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre la fluoxetina y cualquier antidepresivo heterocíclico, utilizando una medida de resultado continua.
 - Sin embargo, existen algunos estudios que comparan fluoxetina con bupropion, mirtazapina y trazodona, sertralina con venlafaxina y mirtazapina, paroxetina con duloxetina y venlafaxina y citalopram con mirtazapina, y aunque en algunas comparaciones se encontraron diferencias estadísticamente significativas, éstas no fueron clínicamente relevantes.
 - Los pacientes tratados con venlafaxina tuvieron un efecto adicional, estadísticamente no significativo, de una reducción de 1,31 puntos en la escala de HAM-D 17 comparado con los tratados con fluoxetina. Sin embargo, la venlafaxina tiene tasas de abandono mayores, precisa una monitorización de la tensión arterial, presenta más riesgo cardiovascular y la sobredosis es más peligrosa.

Tratamiento farmacológico

- Comparación entre ISRS/nuevos antidepresivos
 - La reboxetina tiene una eficacia similar a la paroxetina y el citalopram (excepto en grupos concretos) y con menos problemas de disfunción sexual que ambos, aunque con más abandonos por efectos adversos que el citalopram.

Tratamiento farmacológico

- Comparación de nuevos fármacos entre sí
 - Existen pocos estudios y alguno con poder estadístico insuficiente para detectar diferencias significativas o clínicamente relevantes, por lo que los resultados no son concluyentes. En general, las diferencias encontradas fueron de magnitud modesta y sus implicaciones clínicas permanecen indefinidas.

Tratamiento farmacológico

Resumen de la evidencia

1++	Los ADT, como grupo, son tan eficaces como los ISRS en el tratamiento de la depresión mayor. Sin embargo, presentan peor tolerabilidad y mayor número de efectos adversos, que causa un abandono prematuro superior del tratamiento por parte de los pacientes en relación con los ISRS (21, 77).
1-	En eficacia, existen algunas diferencias estadísticamente significativas entre los fármacos ISRS, si bien son clínicamente poco relevantes. Los perfiles de efectos adversos son similares entre los ISRS, aunque hay diferencias en efectos adversos concretos (78).



Tratamiento farmacológico

1-	La diferente eficacia encontrada entre fármacos antidepresivos nuevos fue de modesta magnitud y sus implicaciones clínicas permanecen indefinidas. Además, entre los fármacos nuevos existen diferencias en el perfil de efectos adversos (77, 78).
1+	El inicio de la mejoría empieza generalmente en la primera o segunda semana de tratamiento y la falta de respuesta a las 4-6 semanas se asocia con un 73-88% de probabilidad de que no inicien una respuesta en 8 semanas (78, 82).
1++	Alrededor de un 38% de pacientes no responden al tratamiento con antidepresivos de segunda generación tras 6-12 semanas y un 54% no alcanzan la remisión (78).
1+	Los nuevos antidepresivos suponen una alternativa terapéutica más, sin ventajas relevantes en eficacia, aunque con perfiles de efectos adversos diferenciados (74, 78).
1-	Los pacientes tratados con venlafaxina tuvieron más efectos adversos y potencialmente más peligrosos que los tratados con fluoxetina y únicamente un efecto clínico adicional no significativo (21).

Tratamiento farmacológico

Recomendaciones

A	Se recomiendan los ISRS como fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor.
B	En caso de que un fármaco ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo.
A	A los pacientes que reciban tratamiento con cualquier antidepresivo tricíclico y no lo toleren se les deberá prescribir un ISRS.
✓	Los ADT son una alternativa a los ISRS si el paciente no ha tolerado al menos dos fármacos de ese grupo o es alérgico a los mismos.
✓	Los nuevos fármacos podrían utilizarse en caso de intolerancia a los ISRS, guiándose por el perfil de sus efectos adversos.
B	Perfiles concretos de pacientes podrían aconsejar diferentes fármacos, guiándose más por los efectos adversos que por su eficacia.
A	La venlafaxina debe considerarse un tratamiento de segunda línea en pacientes con depresión mayor.
✓	Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo, el profesional sanitario deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, de los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo y especialmente de la duración del tratamiento.
✓	Se recomienda informar especialmente del posible retraso del efecto terapéutico de los antidepresivos.

Tratamiento farmacológico

✓	El seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico antidepresivo debe ser estrecho, al menos en las 4 primeras semanas.
✓	Todos los pacientes que presenten una depresión mayor moderada y sean tratados con fármacos antidepresivos deberán ser valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento.
✓	Todos los pacientes que presenten una depresión mayor grave y sean tratados ambulatoriamente con fármacos antidepresivos deberán ser valorados nuevamente antes de 8 días tras la instauración del tratamiento.



Tratamiento farmacológico

● Duración del tratamiento

- El riesgo de recurrencia en la depresión mayor es alto y así, la mitad de los pacientes tienen un nuevo episodio después de sufrir el primero, el 70% después de dos y hasta el 90% después de tres91. Por este motivo, una cuestión importante en el tratamiento de la depresión mayor es el tiempo que debe mantenerse el tratamiento farmacológico tras la recuperación para prevenir la recurrencia.
- Cuanto más se prolonga el tratamiento, menor es la diferencia en el riesgo de recurrencia entre los pacientes tratados y los controles. Es decir, el beneficio de prolongar el tratamiento va disminuyendo con el tiempo.

Tratamiento farmacológico

Resumen de la evidencia

1+	El riesgo de recurrencia es menor cuánto más se prolonga el tratamiento farmacológico (92, 94, 96).
1+	El beneficio de esta prolongación disminuye con el tiempo y no está claro cual es el periodo óptimo (94, 95).
1+	Los pacientes con episodios previos de depresión son los más beneficiados de esta prolongación, por su alto riesgo de recurrencia (99, 100).

Tratamiento farmacológico

Recomendaciones

A	El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión.
B	En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión.
✓	En pacientes con más de 2 episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.
B	La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión.



Tratamiento farmacológico

● Estrategias farmacológicas en la depresión resistente.

Incremento de dosis	
1-	El incremento de dosis en pacientes con respuesta parcial únicamente fue evaluado tras ocho semanas de tratamiento con fluoxetina, y no se estudió para otros fármacos (101).
1+	Aumentar la dosis a pacientes que no responden tras tres semanas de tratamiento con fluoxetina, paroxetina o sertralina, no mejora los resultados y aumenta las tasa de abandonos (101).
1+	En pacientes tratados con sertralina seis semanas y que no presentan respuesta, el incremento de dosis no es más eficaz que el mantener las dosis medias o potenciar con mianserina (101).
	No existen pruebas del incremento de la dosis de tricíclicos en pacientes no respondedores, y es insuficiente la relativa a la maprotilina (antidepresivo tetracíclico).

Tratamiento farmacológico

● Estrategias farmacológicas en la depresión resistente.

Cambio de antidepresivo	
1+	El cambio de imipramina por sertralina y viceversa no mejora la evolución de la depresión (108).
1-	En pacientes no respondedores, el cambio de ISRS a venlafaxina, si bien incrementa la tasa de remisión, no es superior al cambio a otro ISRS o a bupropion, y tampoco se observaron diferencias en cuanto a efectos secundarios (102, 105).
1-	Tras dos intentos de tratamiento fallidos, no se observan diferencias en la remisión entre mirtazapina y nortriptilina (104).

Tratamiento farmacológico

- Estrategias farmacológicas en la depresión resistente.

Combinación de antidepresivos	
1+	La combinación de diferentes antidepresivos, con mayor fuerza para mianserina o mirtazapina con ISRS, podría ser beneficiosa sobre la tasa de respuesta, remisión y reducción de los síntomas depresivos, si bien el riesgo de efectos secundarios se ve incrementado (21, 105).

Tratamiento farmacológico

● Estrategias farmacológicas en la depresión resistente.

Agentes potenciadores	
1-	Existen pruebas de un efecto potenciador del litio cuando se asocia a tratamientos con antidepresivos tricíclicos o serotoninérgicos (21).
1-	No existe información suficiente sobre el uso del ácido valproico, no hay ensayos controlados con carbamacepina y los resultados con el uso de la lamotrigina en depresión resistente no son positivos (21).
1-	No existen suficientes datos para recomendar la potenciación con pindolol (21).
1-	La potenciación de antidepresivos con triyodotironina o litio fueron similares, si bien la primera es mejor tolerada aunque debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes cardiovasculares (107).
1-	La asociación de antidepresivos con benzodiazepinas no parecen mejorar la depresión resistente en términos de remisión o respuesta, así como tampoco la buspirona o el metilfenidato (21, 108-110).
1-	Los datos de potenciación con olanzapina son contradictorios, y además aumentaron los efectos secundarios y los abandonos (21, 111, 112).

Tratamiento farmacológico

● Estrategias farmacológicas en la depresión resistente.

Recomendaciones	
✓	En pacientes con respuesta parcial a la tercera o cuarta semana de tratamiento, se recomienda: - Esperar la evolución clínica hasta la octava semana. - Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.
✓	Ante un paciente que no mejora con el tratamiento farmacológico inicial para la depresión, se recomienda: - Revisar el diagnóstico de trastorno depresivo. - Verificar el cumplimiento del tratamiento. - Confirmar que se esté dando el antidepresivo en el tiempo y dosis adecuadas.
B	Si a la tercera o cuarta semana el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias: - Cambiar de antidepresivo a cualquier familia, incluso otro serotoninérgico. - Combinar antidepresivos. - Potenciar el tratamiento iniciado, con litio o triyodotironina.
B	No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si tras tres semanas de tratamiento no se produce respuesta.
C	La asociación de ISRS con mirtazapina o mianserina podría ser también una opción recomendable, pero teniendo en cuenta la posibilidad de mayores efectos adversos.
B	No se dispone de suficiente información para poder recomendar el aumento de dosis de antidepresivos tricíclicos en no respondedores.
✓	En caso de resistencia a varios tratamientos con las pautas referidas previamente, valorar la utilización de IMAO.
✓	No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con valproato, carbamazepina, lamotrigina, gapapentina o topiramato, pindolol, benzodiazepinas, buspirona, metilfenidato o antipsicóticos atípicos.

Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

Tabla 17. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en niños y adolescentes

INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN
<i>Royal College of Paediatrics and Child Health</i> ; 2000. Reino Unido.	– Uso de antidepresivos si no hay otra alternativa y si existe indicación justificada.
<i>Committee on Safety of Medicines (CSM)</i> ; 2003. Reino Unido.	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable en menores de 18 años. – Se desaconsejó el uso de otros antidepresivos.
<i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ; 2004. EE.UU.	– Advierte de la posible asociación entre el uso de antidepresivos y el aumento de conducta o ideación autolítica.
<i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ; 2007. EE.UU.	– Fluoxetina: único fármaco autorizado; no descartable la aparición de ideación autolítica en mayor medida al comenzar con cualquier fármaco antidepresivo.
<i>Committee on Human Medicinal Products</i> de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMA); 2005.	– Fluoxetina: beneficio supera riesgo potencial. – Advierte del posible aumento de hostilidad y pensamientos suicidas.
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS); 2005-06; España.	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable. – No deberían utilizarse otros antidepresivos. – Necesarios más estudios para garantizar seguridad.

Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

Tratamiento farmacológico

1++	De los diferentes fármacos antidepresivos existentes, los ISRS han mostrado ser los únicos eficaces en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes (58, 161, 165).
1++ 1+	Dentro de los ISRS, la fluoxetina es el único fármaco que ha mostrado ser eficaz y que está autorizado para el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes (58, 122, 164, 165). En adolescentes, la sertralina, citalopram y escitalopram han demostrado eficacia (169, 171-174).
1++	La eficacia de la fluoxetina está en relación con el grado de gravedad de la enfermedad, por lo que los resultados clínicos son más favorables en pacientes con depresión mayor moderada o grave (122, 166).
1+	Los efectos adversos del tratamiento de la depresión con ISRS no suelen ser de carácter grave. Los más frecuentes son, la aparición de cefalea, náuseas, irritabilidad, ansiedad y alteraciones del sueño y del apetito (58, 60, 95, 122, 167, 169, 170, 174).
1++	En las primeras semanas de tratamiento con antidepresivos en niños y adolescentes, es posible la aparición de ideación y conducta autolesiva, aunque no se ha demostrado un incremento de suicidios consumados (58, 122, 168).
1+	En relación con la ideación y la conducta suicida, los beneficios que se obtienen con el tratamiento antidepresivo (fluoxetina) son mayores que los riesgos (168).
1+	La tasa de recaídas son menores en aquellos pacientes tratados con fluoxetina que en los que reciben placebo (175).

Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

Recomendaciones

Recomendaciones generales



El tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia debería ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que puedan mejorar su bienestar y capacidad funcional.



El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar, entendiendo como tales, psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y monitorización regular del estado mental.



Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre una alianza terapéutica sólida y utilizar técnicas específicas para la infancia y adolescencia, así como contar con los padres como parte fundamental del proceso terapéutico.

Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

Depresión mayor leve

D ^{GPC}	En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/conductas autolesivas y comorbilidades, el médico de familia o pediatra podrá dejar transcurrir un período de dos semanas de observación y seguimiento de la evolución.
D	Durante este período, el profesional de atención primaria debería proporcionar apoyo activo al niño o adolescente y su familia, facilitando pautas de hábitos de vida saludable, psicoeducativas o de manejo de situaciones.
✓	Si tras este período de observación persisten los síntomas depresivos, se recomienda derivar al paciente a atención especializada en salud mental infantojuvenil.
✓	Se deberá derivar inicialmente a salud mental infantojuvenil, a aquellos pacientes con depresión que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades graves, como abuso de sustancias u otra patología mental, aunque el grado de depresión sea leve.
B	En atención especializada en salud mental infantojuvenil, el tratamiento de elección de una depresión mayor leve será una terapia psicológica durante un período de 8 a 12 semanas (sesiones semanales).
B	Las modalidades de psicoterapia iniciales recomendadas en la depresión mayor leve son la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar o la terapia interpersonal.
D ^{GPC}	Durante este período de terapia psicológica, se deberá realizar un seguimiento regular de la evolución clínica del niño o adolescente.
B	Con carácter general, no se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve.

Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

Depresión mayor moderada y grave	
B	Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada-grave deberá ser derivado inicialmente a salud mental infantojuvenil.
B	Siempre que sea posible, el tratamiento de inicio de la depresión moderada de adolescentes será mediante psicoterapia, al menos durante 8 a 12 semanas (mínimo 1 sesión/semanal). La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal o familiar son las modalidades psicoterapéuticas que han demostrado mejores resultados.
B	En la depresión grave en adolescentes, se recomienda utilizar inicialmente la psicoterapia (terapia cognitivo conductual) junto con el tratamiento farmacológico (fluoxetina). En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados clínicos estándar.

Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

B	El tratamiento combinado de fluoxetina y terapia cognitivo conductual se recomienda especialmente en aquellos casos de historia personal o familiar de ideación y/o conductas suicidas.
✓	En niños menores de 12 años se recomienda inicialmente la terapia cognitivo-conductual o familiar. Si existe imposibilidad de aplicación o mala evolución, se recomienda añadir tratamiento farmacológico (fluoxetina).
✓	Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo farmacológico, se recomienda informar del motivo de la prescripción, de los beneficios que se esperan alcanzar, del posible retraso del efecto terapéutico, de los efectos secundarios y de la duración del tratamiento.
A	Aunque no se ha demostrado un incremento de suicidios consumados en niños y adolescentes, se recomienda vigilancia de la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico.
A	Los únicos fármacos antidepresivos recomendables en el tratamiento de la depresión moderada o grave de niños o adolescentes son los ISRS. La fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyen su uso en estos grupos de edad.
✓	Según el perfil clínico del paciente (características clínicas de la depresión, historia familiar e historia de respuesta previa en familiares), se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram).
D	Tras la remisión del cuadro depresivo, se recomienda continuar el tratamiento farmacológico con ISRS por lo menos 6 meses (recomendable entre 6 y 12 meses) desde la remisión del cuadro depresivo, con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión.
D	La suspensión de un fármaco antidepresivo se recomienda que se realice de forma gradual. Si los síntomas reaparecen, se ha de instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico.
B	La evidencia actual no permite recomendar la utilización de antidepresivos tricíclicos, paroxetina, venlafaxina o mirtazapina en el tratamiento de la depresión mayor de niños y adolescentes.
✓	Deberá considerarse el ingreso hospitalario de niños o adolescentes con depresión mayor: <ul style="list-style-type: none">- si existe un elevado riesgo de suicidio- si la depresión es grave y se acompaña de síntomas psicóticos- cuando se asocien comorbilidades graves- cuando existan razones que dificulten un adecuado seguimiento y control ambulatorio.

Psicoterapia

- ¿Es efectivo algún tipo de psicoterapia en los pacientes con depresión mayor?

Psicoterapia

● Caso clínico 1.

- Paciente con depresión grave, que acude a la consulta. Plantea su negativa al consumo de antidepresivos por temor a los efectos adversos. ¿Cómo actuaría?
 - Le prescribiría un ISRS explicándole que no tiene que preocuparse por los efectos adversos.
 - Le derivaría a Salud Mental para que empezara terapia cognitivo conductual.
 - Le derivaría a Salud Mental para valorar Terapia Electro Convulsiva.
 - Le derivaría a Salud Mental para que entrara en un grupo de apoyo.

Psicoterapia

● Caso clínico 2.

- Paciente de 25 años con sintomatología de depresión leve-moderada, en tratamiento con psicoterapia y programa de ejercicio. Acude a la consulta porque una amiga le ha recomendado tomar Hierba de San Juan, “que va muy bien para lo suyo”. ¿Cuál sería su recomendación?
 - Dado que es un producto natural y hay amplia experiencia de uso la recomendaría como coadyudante al tratamiento.
 - Desaconseja su uso debido al alto grado de interacciones que presenta aunque valoraría su uso si fracasase el programa de psicoterapia y ejercicio.
 - Desaconsejaría su uso por la falta de evidencias claras de eficacia de este tratamiento y por la dificultad para conocer las dosis que contienen los distintos preparados.

Psicoterapia

● La terapia cognitivo-conductual (TCC)

Resumen de la evidencia

1++	En general, la terapia TCC es tan efectiva como el tratamiento con antidepresivos en el abordaje de la depresión mayor (21).
1+	En la depresión leve, los formatos de TCC breves (entre 6-8 sesiones) resultan tan efectivos como los más prolongados (21).
1+	La combinación de tratamiento antidepresivo y TCC ofrece unos resultados superiores a cualquiera de esos tratamientos por separado en la depresión crónica o grave (21, 118).
1+	La terapia TCC parece ser mejor tolerada que los antidepresivos, especialmente en los casos más graves (120).
1+	La terapia TCC tiene un efecto protector independiente y acumulable a la medicación de mantenimiento contra las recaídas/recurrencia, siendo los casos con múltiples episodios previos o con síntomas residuales los que más se benefician por su alto riesgo de recaída (121, 122).

Psicoterapia

● La Terapia Interpersonal (TIP)

Resumen de la evidencia

1-	La TIP se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión mayor respecto al placebo, si bien la adquisición de la mejoría puede ser más lenta que con antidepresivos (21).
2+	El tratamiento con TIP podría estar asociado con mejoras adicionales en el funcionamiento social al finalizar la terapia (121).
1-	El tratamiento combinado TIP y medicación ofrece mejores resultados que la TIP sola en la reducción de las tasas de recaída (126).

Psicoterapia

● Otras terapias psicológicas

Resumen de la evidencia

1-	En la depresión leve, ningún tratamiento ha demostrado ser más efectivo que la terapia de solución de problemas o diferentes formas de counselling (apoyo, consejo, orientación) (21, 128).
2	En la depresión leve o leve-moderada en la que concurren dificultades de pareja, la terapia de pareja parece ofrecer ventajas adicionales a otras formas de tratamiento, al mejorar el ajuste marital (121, 129).

Psicoterapia

Recomendaciones

✓	Las intervenciones psicológicas deberían ser proporcionadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión y expertos en la terapia aplicada. Esto resulta especialmente importante en los casos más graves.
B	En la depresión leve y moderada debería considerarse el tratamiento psicológico breve específico (como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-conductual breve o el counselling) de 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas.
B	El tratamiento psicológico de elección para la depresión moderada, grave o resistente es la terapia cognitivo-conductual. La terapia interpersonal puede considerarse una alternativa razonable.
B	Para la depresión moderada y grave, el tratamiento psicológico adecuado debería comprender entre 16 a 20 sesiones durante al menos cinco meses.
B	En la depresión moderada puede recomendarse un tratamiento farmacológico antidepresivo o bien una intervención psicológica adecuada.
B	La terapia cognitivo-conductual debería ofrecerse a los pacientes con depresión moderada o grave que rechacen el tratamiento farmacológico o para quienes la evitación de efectos secundarios de los antidepresivos constituya una prioridad clínica o expresen esa preferencia personal.

Psicoterapia

Recomendaciones

B	La terapia de pareja debería considerarse, si fuera procedente, en caso de no obtener una respuesta adecuada con una intervención individual previa.
B	Debería considerarse la terapia cognitivo-conductual para los pacientes que no han tenido una respuesta adecuada a otras intervenciones o tengan una historia previa de recaídas y síntomas residuales pese al tratamiento.
B	La terapia cognitivo-conductual debería considerarse para los pacientes con depresión recurrente que han recaído pese al tratamiento antidepresivo o que expresen una preferencia por el tratamiento psicológico.
A	Para los pacientes cuya depresión es resistente al tratamiento farmacológico y/o con múltiples episodios de recurrencia, debería ofrecerse una combinación de anti-depresivos y terapia cognitivo-conductual.
A	A los pacientes con depresión crónica debería ofrecérseles una combinación de terapia cognitivo-conductual y medicación antidepresiva.
C	Cuando se aplique la terapia cognitivo-conductual en los pacientes más graves, deberían tenerse en cuenta de forma prioritaria las técnicas basadas en la activación conductual.
C	Otras intervenciones psicológicas diferentes a las anteriores podrían resultar de utilidad en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares asociadas frecuentemente al trastorno depresivo.

Otros tratamientos

- ¿Es efectiva la terapia electroconvulsiva para tratar la depresión mayor?
- ¿Es efectiva la autoayuda guiada en algún subgrupo de pacientes?
- ¿Son efectivos los grupos de apoyo en pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectivo el ejercicio físico en los pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectiva la acupuntura en los pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectivo el tratamiento con la hierba de San Juan?

Otros tratamientos

● Terapia electroconvulsiva

Resumen de la evidencia

1+	Existen numerosos estudios controlados que demuestran que la terapia electroconvulsiva es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes adultos con depresión mayor grave (133, 135, 140).
1+	Los parámetros del estímulo eléctrico tienen gran influencia en la eficacia de la técnica, siendo la bilateral más efectiva que la unilateral (133, 135, 140).
1+	La TEC es una técnica segura y sus efectos secundarios sobre la memoria son habitualmente leves y transitorios (133, 135, 140).
1+	La TEC es más efectiva a corto plazo que la farmacoterapia y la combinación de TEC con farmacoterapia no ha mostrado tener mayor efecto a corto plazo que la TEC sola (133, 135, 140).
1+	Los antidepresivos tricíclicos mejoran el efecto de la TEC y la continuidad con tratamiento antidepresivo asociado a litio podría reducir la tasa de recaídas en pacientes que han respondido a TEC tras un episodio agudo (133, 135, 140).

Otros tratamientos

● Terapia electroconvulsiva

Recomendaciones

A	La terapia electroconvulsiva debería considerarse como una alternativa terapéutica en pacientes con depresión mayor grave del adulto.
✓	La TEC está especialmente indicada en pacientes con depresión mayor grave -con alto riesgo de suicidio o deterioro físico grave- en la depresión resistente y por elección informada del paciente.

Otros tratamientos

● Autoayuda guiada

Resumen de la evidencia

1+	En comparación con la no intervención, la autoayuda guiada es efectiva a la hora de reducir los síntomas de la depresión leve-moderada, si bien no se conoce su efecto a largo plazo (21).
1+	No se observaron diferencias significativas al comparar el tratamiento farmacológico de la depresión con o sin autoayuda añadida (146).

Otros tratamientos

● Autoayuda guiada

Recomendaciones

✓	De forma general, en los pacientes con depresión mayor grave no está recomendada la autoayuda guiada.
B	Sin embargo, en los pacientes con depresión leve o moderada, los profesionales podrían considerar la recomendación de programas de autoayuda guiada en base a terapia cognitivo-conductual.

Otros tratamientos

● Grupos de apoyo

Resumen de la evidencia

Los estudios acerca de grupos de apoyo y autoayuda son escasos y de insuficiente calidad para determinar si éstos pueden ser beneficiosos o no en pacientes con depresión mayor.

Recomendaciones

✓ La participación en grupos de apoyo no se considera una medida eficaz de tratamiento, en solitario o combinada con otras medidas terapéuticas, en pacientes con trastorno depresivo mayor.

Otros tratamientos

● Ejercicio físico

Resumen de la evidencia

2++	Para pacientes con depresión mayor, en particular de grado leve-moderado, un programa de ejercicios estructurado y supervisado podría ser una intervención efectiva con impacto clínicamente significativo sobre los síntomas depresivos (21).
2+	Si bien la tasa de aceptación de los programas de ejercicio es baja, la adherencia una vez iniciado es similar a otro tipo de terapias y se detectan beneficios a corto plazo (21).
2++	El mayor efecto beneficioso del ejercicio se obtiene cuando se administra asociado al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico (151).
	No se han encontrado pruebas sobre la utilidad del ejercicio como terapia de mantenimiento y en la prevención de recaídas.

Recomendaciones

C	A los pacientes con depresión leve-moderada se les debería recomendar programas de ejercicio estructurado y supervisado, de intensidad moderada, frecuencia de 2-3 veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas.
---	--

Otros tratamientos

● Acupuntura

Resumen de la evidencia

Los ensayos disponibles carecen de un adecuado rigor metodológico, por lo que no es posible determinar si la acupuntura, específica para la depresión o no, sola o en combinación con otros tratamientos, tiene un efecto beneficioso en pacientes con síntomas de depresión mayor.

Recomendaciones

- ✓ Las pruebas científicas existentes no permiten recomendar la utilización de la acupuntura como tratamiento de la depresión mayor.

Otros tratamientos

● Hierba de San Juan

Resumen de la evidencia

	La hierba de San Juan o <i>hypericum perforatum</i> es un producto herbal utilizado con frecuencia en el tratamiento de la depresión debido a su fácil acceso y bajo coste. Sin embargo, existe incertidumbre acerca de la dosis apropiada, y pueden aparecer complicaciones en su uso debido a la variación en la naturaleza de los preparados existentes y las potenciales interacciones con otros fármacos (160).
1+	La información científica actual sobre la eficacia de la hierba de San Juan en el tratamiento de la depresión es heterogénea y puede existir una sobrestimación de su efecto. En pacientes con depresión mayor se obtendrían únicamente beneficios menores y posiblemente ninguno en los pacientes con duración prolongada de su depresión (21, 163).

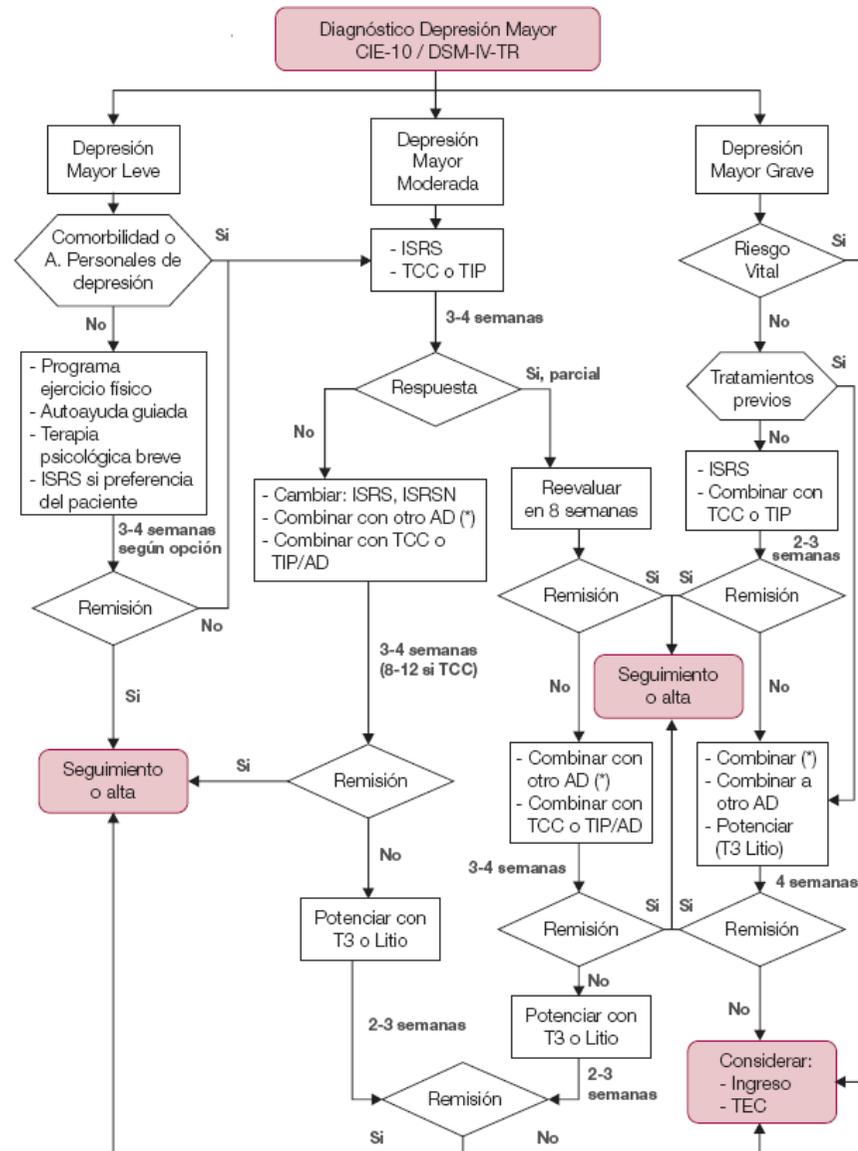
Recomendaciones

B	No se recomienda el uso de la hierba de San Juan como una opción de tratamiento en los pacientes con depresión mayor.
✓	Los profesionales sanitarios deberán informar a los pacientes que la consuman sobre sus posibles riesgos y beneficios.

Anexos

Anexos	75
Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendaciones	75
Anexo 2. Lista de abreviaturas	76
Anexo 3. Glosario	77
Anexo 4. Algoritmo terapéutico	79
Anexo 5. Información para pacientes	80
Anexo 6. Conflicto de intereses	89
Anexo 7. Criterios diagnósticos según la DSM-IV-TR	89
Anexo 8. Evaluación de guías de práctica clínica	92
Anexo 9. Instrumentos de evaluación de la depresión	94
Anexo 10. Medidas de resultados en los estudios sobre trastornos depresivos	101
Anexo 11. Psicoterapias	104

Anexo 4. Algoritmo terapéutico



(*) Mayor evidencia con mianserina o mirtazapina

TCC= Terapia cognitivo conductual

TIP= Terapia interpersonal

ISRS= Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

ISRSN=Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

Anexo 5. Información para pacientes

Depresión

Información para el paciente, familiares y
personas interesadas.

Anexo 11. Psicoterapias

- 1. El Enfoque Psicodinámico
 - 1.1. El Psicoanálisis.
 - 1.2. La Psicoterapia Dinámica Breve (*Psychotherapy, Brief*).
- 2. El Enfoque Conductual
 - 2.1. La Terapia de Conducta o Modificación del Comportamiento (*Behavior Therapy*)
 - 2.2. Terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo-Conductual (*Cognitive Therapy*)
- 3. El Enfoque Sistémico.
 - 3.1 La Terapia Familiar (*Family Therapy*)
 - 3.2. La Terapia Marital y de Pareja (*Couples Therapy & Marital Therapy*)
- 4. El Enfoque Humanista.
 - 4.1. La Terapia Gestáltica (*Gestalt Therapy*)
 - 4.2. Terapia No-directiva (*Nondirective Therapy*)
 - 4.3. Consejo u Orientación (*Counseling*)
 - 4.4. Análisis Transaccional (*Transactional Analysis*)
 - 4.5. Psicodrama

**Psicoterapia en
atención
primaria:
presente y futuro**

Psicoterapia en Atención Primaria I

- ¿es cosa de especialistas?
- ¿psicoterapia vs *counseling*?
- ¿es eficaz y eficiente?
- Dudas metodológicas:
 - Ensayos con pacientes de AP pero terapeutas especialistas
 - Fallos en el control de calidad de la intervención, especialmente los factores del terapeuta, la relación y factores del entorno del paciente.
 - Efectividad del “usual care” >40-50% y las terapias en un 10-15% más

Psicoterapia en Atención Primaria II

- Las psicoterapias regladas breves, en AP son largas: si son sesiones >10-15' no interesa
- Solo hay evidencias de la terapia de solución de problemas en depresión leve-moderada y en menor grado la biblioterapia
<http://moodgym.anu.edu.au>
- Hay dudas sobre el consejo y la entrevista motivacional en el bebedor abusivo

¿cuáles son las perspectiva de futuro?



Psicoterapia de 10 minutos

- En vez de adaptar terapias regladas, indentificar los ingredientes activos del “usual care” para mejorarlos
- Psicoterapia de 15 minutos (Stuart & Lieberman): BATHE
- Integración natural de la psicoterapia en la realidad asistencial del MF
- el médico de familia está cualificado pero no lo sabe

Ventajas de la psicoterapia de AP

- El paciente recibe ayuda sin etiqueta de loco
- pequeñas dosis en el tiempo
- el honesto y responsable compromiso del MF se interpreta como que el problema no es tan grave
- el cuerpo y la mente no son separados
- el conocimiento e implicación de la familia

Ventajas de la psicoterapia de AP

- Se recibe como un bono de los cuidados
- el problema es del paciente
- focalización aquí-ahora y la fuerza-capacidad del paciente
- consejo anticipatorio
- se ve la enfermedad en fase temprana

Dificultades para la psicoterapia en AP

- Sólo el 20% de los MF tienen orientación psicosocial
- Dificultades para extrapolar modelos importados de otros niveles
- Interrelación y solapamiento
- No se conoce bien la historia natural de los procesos leves

Dificultades para la psicoterapia en AP (II)

- Más interés en resolver los problemas del paciente que el propio paciente
- Principio de parsimonia
- consumo excesivo de tiempo y visitas
- Polarización-sesgo psicosocial
- déficit en intervención social

Modelo Teórico



Asunción en la práctica del modelo biopsicosocial

- Engel (Science 1977)
- La realidad es mas cruda
- Modelo biopsicosocial sin jerarquías

Adquisición de habilidades de entrevista ante PPS

- Marco de entrevista ordenado, coherente e integrado en la consulta habitual.
- Depende más de la adquisición de habilidades (video-feedback)

Adquisición de habilidades de entrevista ante PPS: el salto psicosocial

- El salto psicosocial de 6 minutos: “un bosquejo”
- Pregunta abierta y respuesta empática
- explorando campos psicosociales
- exploración psicológica básica
- En el 30-40% de las consultas

Cuando hacer el salto psicosocial

- Paciente Hiperutilizador
- algunos síntomas con alta probabilidad PPS
- “catarro mortal”
- algunas descompensaciones de crónicos
- dolor crónico
- Pistas (Lang)
- síntomas emocionales referidos-objetivados
- sospecha de PPS de riesgo
- el paciente lo sugiere directamente

Especialidades médicas

Síntomas y síndromes

Cardiología	Dolor torácico atípico
Neumología	Disnea psicógena, hiperventilación
Reumatología	Fibromialgia
Digestivo	Colon irritable
Ginecología	Dolor pélvico, síndrome premenstrual
ORL	Tinnitus
Neurología	Mareos, cefaleas, pseudo- (epilepsia-síncope)
Rehabilitación	Lumbalgia crónica
Dermatología	Erupciones o/y pruritos psicógenos
Endocrinología	Presuntas hipoglucemias clínicas
Medicina Interna	Síndrome de fatiga crónica, hipovitaminosis
Dentista	Síndrome de la unión temporo-mandibular
Urgencias	Síndrome de Munchausen
Medicina Ocupacional	Sensibilidad química múltiple
Psiquiatría	Somatización, conversión

Errores de inicio del salto psicosocial

- Excesivos detalles de la historia del paciente: morbo-cotilleo
- no seguir el ritmo emocional del paciente
- falta de manejo del feedback emocional no verbal del paciente
- demasiada prisa en “destapar”
- “Esto es de los nervios”
- falta de información honesta, asertiva y empática, con salida digna para el paciente

Plan de entrevista psicosocial (I)

- Saludos:cordialidad
- escucha activa y apoyo narrativo
- resumen y delimitación de la demanda
- negociación de contenidos
- síntoma guía y anamnesis dirigida
- Es bienvenido
- le escucho con todos los sentidos
- ¿He entendido sus problemas?
- nuestro tiempo es escaso: priorizar
- necesito información clínica relevante

Plan de entrevista psicosocial (II)

- Creencias atribución, expectativas de pronóstico e intervenc.
- Técnica del salto psicosocial
- exploración psicológica Básica
- **impacto personal y familiar**
- Me interesa mucho su punto de vista, lo tendré en cuenta
- sospecho un malestar psicosocial, ¿es así?
- Necesito información relevante sobre PPS
- **¿cómo les afecta?**

Plan de entrevista psicosocial (III)

- Exploración física
- síntesis de los problemas biopsicosociales
- negociación de un plan diagnóstico - terapéutico
- Necesito datos objetiv.
- Me he esforzado como médico y persona: ¿podemos trabajarlos?

Los tests psicosociales

- Se usan poco
- su uso no implica la intervención
- utilidad como prueba complementaria: “reducir la incertidumbre”
- que sean globales y breves:
psicológicos (GHQ, EADG, PHQ9, two depression questions), sociales (Duke), familiares (APGAR)

Técnicas de manejo de las emociones en atención primaria

- Preguntar por los sentimientos
- silencios funcionales
- eco emocional
- resumen emocional
- señalamiento emocional
- empatía no verbal
- empatía verbal
- normalización-legalización de los sentimientos
- “inyección” de emociones positivas en el profesional

Cómo conseguir cambios conductuales

- El abordaje emocional como puerta de entrada (Marvel MK et al)
- variabilidad en la orientación
- psicoterapia de 10 minutos:
 - recoger sólo información esencial
 - abordaje emocional
 - orientación solución de problemas
 - aprovechamiento de recursos propios de AP y optimización del tiempo
 - El principio de parsimonia

Psicoterapia de 10 minutos: escucha activa y manejo emocional

- Hábleme de lo ocurrido desde la última visita.
- ¿cómo se siente a cerca de ello?
- Debe ser difícil para usted
- en sus circunstancias es normal que se sienta y reaccione de esa forma
- ¿qué es lo que más le preocupa de lo que le ha ocurrido?

Psicoterapia de 10 minutos: solución de problemas

- ¿cómo ha intentado resolverlo?
- ¿Hubo algún momento (época) en que ese...estaba mejor?
- ¿Qué hubo diferente para que estuviera mejor?
- Imagínese que ocurre un milagro y...
- ¿Cuál será el primer paso en esa dirección?
- ¿Qué necesita usted para dar ese paso?
- ¿cuándo dará usted ese paso?
- ¿Cómo lo va a hacer?
- ¿Cómo sabrá usted que lo está haciendo...?

Psicoterapia de 10 minutos (II)

● Deberes para casa:

- pensamientos-cosas que le preocupe
- sentimientos que le invadan
- posibles opciones o soluciones
- objetivos - metas que quiera alcanzar
- ventajas - desventajas de la opción a tomar

● Sesiones 10-15 minutos variables

● Giros de 180° a la 3ª sesión sin mejoría

Psicoterapia de 10 minutos (III)

- Refuerzos positivos de creencias, conductas y actitudes cambiadas.
- En AP es bastante frecuente que se resuelvan pocas cosas
 - consejos anticipatorios
 - derivación al ESM
 - involucrar al enfermero y trabajador social

Algunas dudas no resueltas

- ¿las intervenciones cortas (10-15 minutos por sesión) y frecuentes serían tan efectivas como las largas y más espaciadas?
- ¿cuáles serían “las reglas” de estas intervenciones “no regladas”?
- ¿cómo medir en un ensayo la intervención integrada en la práctica diaria del médico de familia en sus elementos mas sencillos (establecimiento de la relación, empatía, aprovechamiento de una visita casual para alguna intervención psicosocial, etc.)?
- ¿Por qué no es una línea de investigación prioritaria?

Intervención social: papel del médico de familia

- Listado de recursos del barrio
- lista de problemas con PPS
- aprovechar al trabajador social
- valorar apoyo social sistemáticamente
- no medicalizar la necesidad de apoyo
- derivar a grupos de la comunidad

Cuidando al médico de familia

- Aprender a desconectarse
- sesiones de pacientes difíciles
- compartir los crónicos y de mala evolución y pensar más en “cuidar” que “curar”
- saber lo que se puede o no ofrecer y comunicarlo al paciente
- no tener más interés que el paciente en solucionar problemas
- el ESM debe apoyar a los MF activos y motivar a los menos activos

Abordaje psicosocial por el médico de familia: Presente y futuro

- El nivel de detección y manejo es deficiente
- Se puede mejorar a partir de formación en habilidades (*video-feedback*)
- Hay que conseguir la asunción del modelo biopsicosocial no jerárquico
- Hacen falta estudios que valoren la eficiencia de la psicoterapia de 10 minutos
- Priorizar la capacitación del MF en la intervención social
- Se debe cuidar al MF