

“Resumen del diagnóstico y tratamiento de la depresión”.

Antes de iniciar el resumen es importante recalcar que este resume sira haciendo paso por paso para entender bien como hacer un buen diagnóstico y tratamiento sobre la depresión según la guía de práctica clínica. Así que empecemos por cómo hacer un buen diagnóstico.

Debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda evaluar las siguientes áreas:

- Características del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad.
- Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
- Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.
- Riesgo de suicidio.
- Respuesta al tratamiento previo.

En pacientes con riesgo de depresión preguntar si en el último mes:

- ¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba?
- ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?

El siguiente punto son síntomas que se deben de tomar en cuenta por ello Son síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión **“PSICACES (mnemotecnia)”**.

P- Psicomotricidad disminuida o aumentada.

S- Sueño alterado (aumento o disminución).

I- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute).

C- Concentración disminuida.

A- Apetito y peso (disminución o aumento).

C- Culpa y autorreproche.

E- Energía disminuida, fatiga.

S- Suicidio (pensamientos).

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Nota: La reacción adaptativa, en la que se incluye el duelo corresponde a una respuesta normal que no requiere tratamiento, a menos que reúna criterios de depresión.

Si el paciente responde a una o ambas preguntas de escrutinio afirmativamente, se deberán investigar los síntomas de PSICACES y los criterios de la CIE10. Se elabora diagnóstico de depresión si:

- presenta humor depresivo (o pérdida del interés).
- y 4 de los anteriores síntomas (PSICACES) la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas.
- Cuando estos síntomas han afectado negativamente su rendimiento (personal, laboral, académico, familiar, social).

Es importante la evaluación del riesgo de suicidio en la depresión es fundamental debido a su frecuente asociación.

Es por ello que se recomienda evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mediante la valoración de los siguientes factores:

- Presencia de intentos de suicidio previos, otros trastornos mentales comórbidos y abuso de sustancias.
- Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida.
- Otros factores de riesgo como enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.

En todo paciente deprimido se deberá investigar riesgo suicida haciendo énfasis en aquellos que manifiestan los siguientes síntomas y factores de riesgo:

- Ideas de muerte.
- Pérdida del sentido de la vida.
- Desesperanza.
- Intentos previos.
- Sexo masculino.
- Edad avanzada.
- Vivir solo.

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

- Historia familiar de suicidio.
- Historia familiar y personal de abuso de sustancias (principalmente alcohol).
- Psicosis.
- Enfermedades crónicas, terminales, invalidantes y dolorosas.
- Impulsividad.
- Pobre capacidad para manejo del estrés.

Cuestionar sobre ideas de muerte o suicidas, si presenta desesperanza, si siente que la vida no tiene sentido y si ha presentado intentos. Sí la respuesta es afirmativa:

1.- Preguntar sobre planes de suicidio, forma de realizarlo, si tiene fácil acceso al método suicida, si ha escrito alguna nota, si hay algún factor que precipite o detenga el intento.

2.- Entrevista a familiares sobre cambios conductuales.

Se considerará como urgencia psiquiátrica:

- Ideación suicida persistente.
- Intentos de suicidio previos y con ideas de muerte o suicidas actuales.
- Existencia de factores severos de riesgo suicida.
- Plan suicida.

Pasos a seguir:

1.- Se recomienda prestar especial atención a los aspectos que más afectan en el día a día de los pacientes con depresión y generan mayor impacto funcional.

2.- En la evaluación se deben tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como el sexo, la familia, la red social o el estigma percibido.

3.- Se debe explorar el significado y el impacto de la depresión en la familia del paciente y las posibles necesidades que puedan surgir, prestando especial atención a los niños, adolescentes y familiares dependientes a cargo del paciente con depresión.

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

4.- Se recomienda favorecer la comunicación de los sentimientos y emociones en un ambiente empático y basado en el respeto.

5.- Cuando se realiza un diagnóstico de depresión se aportará toda la información necesaria sobre el trastorno y las opciones de tratamiento y se promoverán explicaciones que reduzcan el sentimiento de culpa y el estigma.

Siguiendo con ***el tratamiento médico farmacológico*** empezaremos a desglosar parte por parte.

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Ningún antidepresivo ha demostrado superioridad sobre los otros, los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que el resto de los antidepresivos.

La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional, la remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico, los fármacos antidepresivos no generan adicción.

La respuesta antidepresiva se inicia posterior a la tercera semana de recibir el fármaco a dosis terapéutica, se debe mantener la misma dosis con la que se obtuvo la remisión durante todo el tratamiento, los dos errores más frecuentes en el tratamiento farmacológico de la depresión son la utilización de dosis insuficientes y durante períodos de tiempo demasiado cortos.

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos:

- Estado depresivo con una duración superior a un año.
- Dos o más episodios durante los últimos 5 años.

La elección del tratamiento se debe basar en la eficacia del medicamento, experiencia del clínico, condiciones especiales del paciente y antecedente de respuesta a tratamiento previo personal y/o en familiares de primer grado.

Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS), proporcionar al paciente y familiares información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia.

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram, que de acuerdo a la evidencia han mostrado menor grado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios severos, uso con cautela de anfebutamona, venlafaxina, reboxetina, y los ISRS en pacientes con epilepsia convulsiva. Es más efectiva la terapia combinada (Psicoterapia más Farmacoterapia) que la terapia con antidepresivos únicamente. La utilización de Anticonvulsivantes o Antipsicóticos de 2ª. Generación, potencian el efecto de los antidepresivos. La terapia electroconvulsiva es un tratamiento físico que ha demostrado utilidad en casos de depresión refractaria, riesgo suicida, depresión psicótica.

El uso de terapia electroconvulsiva se reserva al tercer nivel (hospitalización psiquiátrica), bajo medidas técnicas que garanticen la integridad del paciente, así como la supervisión de un comité de bioética, consentimiento informado del paciente y/o de un familiar o persona responsable cuando el paciente se encuentre impedido.

Siguiendo con **el tratamiento médico no farmacológico** empezaremos a desglosar parte por parte.

En la **Terapia Cognitiva Conductual**: La TCC obtuvo puntuaciones similares al tratamiento farmacológico antidepresivo (fundamentalmente ISRS y ADT) en las escalas HRSD y BDI, tanto al finalizar el tratamiento como al mes de seguimiento, mientras que a los 12 meses de tratamiento se observó cierta superioridad de la TCC, la TCC, la activación conductual, el tratamiento combinado de Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) y la TIP presentaron menores tasas de recaídas al año de seguimiento, el tratamiento combinado de TCC + antidepresivos tiene menor riesgo de discontinuación que los antidepresivos solos y reduce de forma significativa la puntuación en escalas tanto autoaplicadas como heteroaplicadas. Un ECA con seguimiento a cinco años encontró que la terapia cognitiva breve en formato grupal en pacientes en remisión tras una variedad de tratamientos, fue más eficaz en la prevención de recaídas que el tratamiento habitual.

La **activación conductual**: La activación conductual fue más eficaz que el tratamiento habitual en atención primaria, tanto en la mejoría de la sintomatología depresiva como en los niveles de funcionalidad laboral y social.

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

La **Terapia de inclusión de la pareja**: En comparación con estar en lista de espera, la terapia incluyendo a la pareja en mujeres con depresión mayor o distimia mejora el estrés psicológico, la carga de la depresión y la implicación en el proceso.

La **Terapia cognitivo conductual computarizada**: Existe evidencia de eficacia en la mejoría de síntomas depresivos a corto plazo de la TCC-C en comparación con la TCC grupal, terapia de solución de problemas, tratamiento habitual, psicoeducación, grupo de discusión y lista de espera.

La terapia de **autoayuda guiada**: La autoayuda guiada es una intervención eficaz para personas con depresión leve o con síntomas subclínicos de depresión, aunque no existe evidencia de su eficacia a largo plazo, se debería garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten, en la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas, el tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses. Deben considerarse la terapia cognitivo-conductual para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales, se recomienda considerar otras intervenciones psicológicas en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares o de pareja, frecuentemente asociadas a la depresión. Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual.

Terapia con **ejercicio físico**: En pacientes con depresión mayor de grado levemoderado, la guía del NICE recomienda realizar un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado (30- 60 minutos tres veces a la semana durante al menos 10-12 semanas), ya que podría ser una intervención con impacto clínicamente significativo sobre los síntomas depresivos.

“Bibliografía”

1.- Arreola. T. P. (2015) Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Guía de práctica clínica (GPC). Delegación Cuauhtémoc México DF.

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.