

Recomendaciones del manejo de depresión en el primer nivel de atención

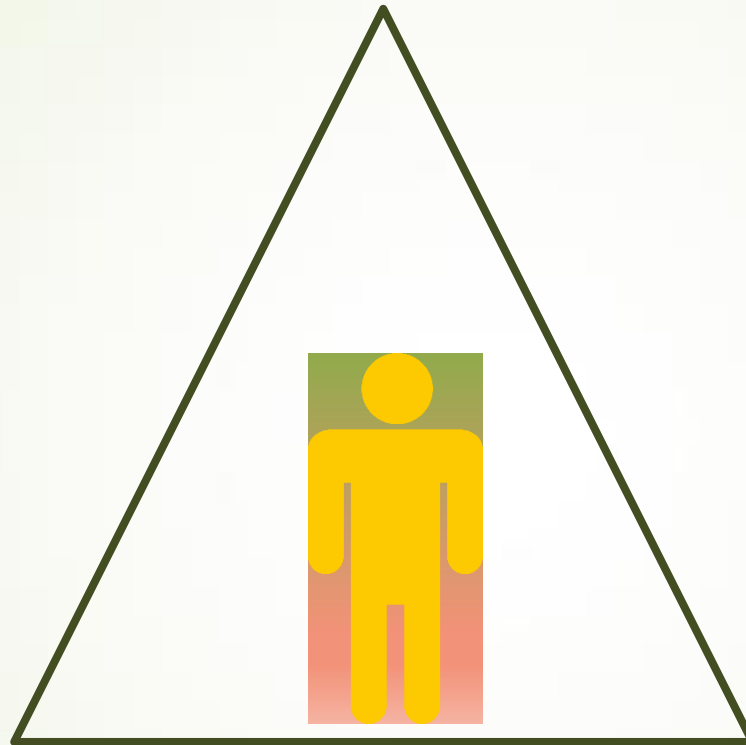
Katherine Persand MD

Especialista en Psiquiatría

Declaración del conflicto de interés

- Gerente del Portafolio de Psiquiatría en GSK actualmente.
- 15 años en la industria Farmaceutica; la mayoría en áreas fuera de la Psiquiatría.

BIOLÓGICO



PSICOLÓGICO

“La salud está cada vez más afectada por factores sobre los cuales el individuo tiene poco control, y sobre los cuales el sector salud convencional tiene poca influencia: circunstancias sociales y económicas, tecnologías salvadoras y la revolución informática y de las comunicaciones.”
OMS- 1997

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

SOCIAL

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como un **“estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”**.
- El 14% de la carga mundial de enfermedad puede atribuirse a estos trastornos; el estigma, la exclusión social y la discriminación agravan la situación.
- Uno de cada 4 personas se verá afectada por un trastorno mental o neurológico en algún momento de su vida
- El 50% de los trastornos mentales inicia antes de los 14 años.
- Los trastornos mentales son responsables del 30% de los AVAD (años de vida perdidos ajustados por discapacidad)
- Brechas en tratamiento con cifras promedio del 70% en America Latina y Caribe: 77.9%

- **Depresión es el trastorno más prevalente a nivel mundial. Dos veces más frecuente en mujeres que hombres.**
- **Entre 10- 15% de las mujeres en países industrializados y 20 y 40% de mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio.**
- **Suicidio es la 3ra causa de muerte en personas de 20-24a, 4ta causa en adolescentes de 10-19a y adultos jóvenes de 25-44a.**
- **Tasa de suicidio: 7.3 / 100,000 (11 hombres- 3 mujeres). Mayores de 70a: 12.4/100,000.**

- **Trastornos del estado de ánimo o del afecto y trastornos depresivos. (TDM, TAB, Distimia)**
- **Trastornos de ansiedad.**
- **Trastorno del pensamiento. (Psicosis y Demencias)**
- **Trastornos de personalidad. (Más de 10 trastornos en la actualidad)**
- **Trastornos de conducta, del desarrollo, del aprendizaje.**
- **Adicciones y trastornos por abuso de sustancias.**
- **Trastornos de la conducta alimentaria.**

Agenda

- Epidemiología y situación mundial de la depresión
- La depresión en el contexto de atención primaria
- Recomendaciones para el manejo de la depresión en atención primaria
- Guía de intervención mhGAP
- Conclusiones

Epidemiología y situación mundial de la depresión

Panorama en salud mental

- ▶ Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo
- ▶ Contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura
- ▶ El 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), puede atribuirse a estos trastornos.

Carga de enfermedad en depresión

- ▶ Principal factor que contribuye a la carga de enfermedades no mortales
- ▶ Responsable de un gran número de AVAD perdidos a escala mundial
- ▶ Es la cuarta causa de morbilidad (en AVAD) a nivel mundial y se prevé que subirá en esta escala hasta ser la segunda causa en el 2030
- ▶ La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4,2-17% (media ponderada:12,1%)

Asociación con otras enfermedades

- Factor de riesgo de suicidio y enfermedades no transmisibles, como el accidente cerebrovascular, la cardiopatía coronaria y la diabetes tipo II
- Factor predictivo de resultados adversos en comorbilidad (mayor mortalidad después de infarto de miocardio)
- La infección por VIH se asocia a una mayor incidencia de depresión
- Afecta el cumplimiento de tratamiento de enfermedades comórbidas (VIH, diabetes, tuberculosis)
- La depresión materna tiene consecuencias negativas para la relación temprana entre la madre y el hijo, así como para el desarrollo psicológico del niño

Prevalencia en Colombia: Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015

Adultos									
Prevalencia Trastornos mentales	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC 95%	%	CVE	IC 95%	%	CVE	IC 95%
Depresión mayor	3,2	15,0	2,4-4,2	5,4	8,5	4,6-6,4	4,3	7,7	3,7-5,0
Depresión menor	1,1*	31,4	0,6-2,0	1,0*	23,9	0,6-1,5	1,0	19,9	0,7-1,5
Distimia	0,4*	43,0	0,2-0,9	0,5*	28,5	0,3-0,9	0,5*	24,7	0,3-0,7
Cualquier trastorno depresivo	4,4	13,5	3,4-5,7	6,4	8,0	5,5-7,5	5,4	7,2	4,7-6,2

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20 %, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

La depresión en el contexto de atención primaria

Prevalencia de la depresión en atención primaria

- ▶ En un estudio sobre trastornos mentales en atención primaria llevado a cabo en catorce países (25916 adultos) se encontró que 24% de las personas atendidas tenían un trastorno psiquiátrico (15% a 40% no diagnosticadas ni tratadas)
- ▶ En Colombia, un estudio hecho en la consulta no psiquiátrica de un hospital de primer nivel en Bogotá en 1995 mostró una prevalencia (de punto) de síntomas depresivos del 72,6% y síntomas ansiosos 45,3% en los pacientes atendidos

Diagnóstico de la depresión en atención primaria

- ▶ Los pacientes con depresión **no siempre** acuden a la consulta de atención primaria demandando atención sobre sus síntomas psicológicos o presentando sus problemas afectivos como **principal queja**.
- ▶ Pueden presentar como quejas principales otros síntomas, sin hacer una atribución directa a sus problemas emocionales (la probabilidad de presentar **síntomas de dolor muscular, de cabeza o de estómago es entre 4 y 7 veces mayor en aquellos pacientes diagnosticados de depresión**) lo cual dificulta el diagnóstico
- ▶ El infra-diagnóstico y el sobre-diagnóstico son las dos dificultades principales en depresión. Un estudio de 2009 mostró que los médicos de AP identificaron correctamente la depresión sólo en 47.3% de los casos. Además, en este estudio la incidencia de falsos positivos fue mayor a la de falsos negativos.
- ▶ La precisión en el diagnóstico varía desde el 6.6% hasta el 78.8% en diferentes estudios.

Diagnóstico de la depresión en atención primaria

► Factores asociados con mayor o menor precisión en el diagnóstico:

Menor precisión	Mayor precisión
<ul style="list-style-type: none">• Depresión de menor intensidad (leve o moderada)• Queja principal de sintomatología física• Población de mayor edad• Historia previa de problemas de depresión (más falsos positivos)	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes que muestren mayores problemas de funcionalidad• Queja principal de síntomas psicológicos y/o emocionales• Seguimiento de los pacientes a largo plazo

Tratamiento de la depresión en atención primaria

- ▶ En el ámbito de atención primaria, el tratamiento psicológico ha demostrado ser muy efectivo.
- ▶ En un meta-análisis de 15 estudios controlados (con 1505 pacientes), se comparó el tratamiento psicológico con grupos control o con tratamiento convencional, encontraron que aquél fue más efectivo para la depresión, principalmente cuando los pacientes eran remitidos por su médico de atención primaria.
- ▶ Un estudio publicado en 2004 mostró que los tratamientos psicológicos son preferidos a los farmacológicos por los pacientes de atención primaria por evitar los efectos secundarios de los fármacos

Tratamiento de la depresión en atención primaria

- ▶ Las guías internacionales recomiendan
 - ▶ La aplicación de terapias cognitivo-conductuales, programas de autoayuda y/o ejercicio físico en la intervención inicial para la depresión (ocasionalmente prescripción de antidepresivos en esta fase)
 - ▶ La elección entre tratamientos psicológicos o farmacológicos en los casos moderados
 - ▶ La aplicación de tratamientos combinados o el acceso a servicios especializados cuando no se encuentra mejoría

La depresión en atención primaria en países en vía de desarrollo

- A pesar de la alta prevalencia de trastornos mentales en países en vía de desarrollo, no hay suficientes profesionales en salud mental. En contraste con los países desarrollados, donde **hay un especialista en psiquiatría por cada 10.000 a 25.000 personas**, la relación para países en vía de desarrollo es mas baja.
- **Un especialista por cada 500.000 a 1.000.000 en países como el nuestro.**
- **La región europea tiene 200 veces más psiquiatras que África.**

Recomendaciones para el manejo de la depresión en atención primaria

Recomendaciones de tamizaje

- ▶ Se debe realizar en grupos de alto riesgo, especialmente en pacientes con antecedentes de depresión, enfermedades físicas crónicas dolorosas o invalidantes, u otros problemas de salud mental
- ▶ Debe incluir el uso de al menos dos preguntas acerca del estado de ánimo y el interés, como: “durante las dos últimas semanas, a menudo: ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperado? o ¿se ha sentido con poco interés o placer en hacer cosas?”
- ▶ El uso de cuestionarios en AP debe efectuarse en los grupos de alto riesgo, debido a su bajo valor predictivo positivo

Recomendaciones para la entrevista

- La entrevista clínica es el método más efectivo para detectar la depresión
- Se deben hacer preguntas específicas respecto a los síntomas criterio de los distintos trastornos del estado de ánimo
- Se debe obtener en primer lugar información sobre estado de ánimo depresivo, o pérdida de interés o placer
- Se debe realizar y registrar los resultados de un examen del estado mental que incluya si el paciente tiene ideación/intención suicida; está orientado, alerta, cooperador y comunicativo; si muestra un nivel normal de actividad motora; y si tiene rasgos psicóticos
- La entrevista clínica se debe caracterizar por la empatía y el ambiente tranquilo y relajado

Recomendaciones para la entrevista

- Se debe usar el lenguaje ordinario, sin jergas. Si se usan términos técnicos éstos deben explicarse al paciente.
- Cuando sea posible, debe proporcionarse material escrito en el idioma del paciente
- Todos los profesionales de la salud implicados en el diagnóstico y manejo de la depresión deben tener un nivel demostrable alto de habilidades de entrevista
- Los médicos de AP deben asegurar que mantienen su competencia en la valoración y manejo del riesgo

Recomendaciones de diagnóstico

- ▶ Tener presente las potenciales causas físicas de depresión y la posibilidad de que ésta pueda ser causada por medicamentos
- ▶ Considerar las características psicológicas, sociales, culturales y físicas del paciente y la calidad de sus relaciones interpersonales; y el impacto de estas en la enfermedad y las implicaciones para el tratamiento
- ▶ En los ancianos con depresión se debe evaluar su estado físico, condiciones de vida y aislamiento social.
- ▶ Antes de decidir el tratamiento, tener en cuenta los antecedentes familiares y personales de depresión, respuestas a tratamientos previos y presencia de problemas asociados en las relaciones sociales o interpersonales.
- ▶ Preguntar directamente a los pacientes con depresión por las ideas e intentos de suicidio

Recomendaciones de diagnóstico

- ▶ Aconsejar a los pacientes y cuidadores que estén vigilantes a cambios de ánimo, particularmente durante los períodos de alto riesgo
- ▶ Evaluar si los pacientes con ideas de suicidio tienen apoyo social adecuado y conocen los recursos de ayuda
- ▶ Dedicar el tiempo suficiente a entrevistar al paciente atentamente y, si lo cree oportuno, a otros informadores antes de realizar pruebas biológicas, neuropsicológicas o psicológicas
- ▶ Hacer una exploración física dirigida para excluir patología médica o quirúrgica que pueda causar síntomas similares

Recomendaciones para el diagnóstico diferencial

- No deben confundirse los trastornos depresivos con el estado de ánimo deprimido o triste que normalmente acompaña a las experiencias específicas de la vida, particularmente pérdidas o decepciones
- Definir las causas potenciales conocidas del síndrome depresivo (médicas, medicamentos, consumo de drogas, otros trastornos psiquiátricos no afectivos causales)
- Diferenciar en el paciente con síntomas depresivos si se trata de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico o depresión no identificada
- Considerar la presencia de trastorno bipolar
- Un elemento esencial en el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos es la reevaluación clínica continuada

Recomendaciones generales para el tratamiento

- Componentes de la atención psiquiátrica que hay que ofrecer:
 - Realización de una evaluación diagnóstica
 - Evaluación de la seguridad del paciente y de quienes le rodean, y del nivel de deterioro funcional
 - Determinación del tratamiento
 - Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica
 - Monitorización de la seguridad y del estado psicopatológico
 - Proporcionar información a los pacientes y a sus familias
 - Fomentar el correcto uso del tratamiento
 - Trabajar con los pacientes para afrontar los primeros signos de recaída

Recomendaciones para remisión a servicios especializados

- ▶ Se deben derivar los pacientes:
 - ▶ Con trastorno depresivo mayor y con síntomas y deterioro funcional muy grave para valoración de hospitalización
 - ▶ Si es necesario peritaje judicial
 - ▶ Si hay patología orgánica grave
 - ▶ Si hubiera dificultades en el diagnóstico o diagnóstico diferencial
 - ▶ Cuando hay una necesidad urgente de respuesta (pacientes que tienen ideas suicidas o que rechazan el alimento)
 - ▶ Cuando hay necesidad de intervenciones psicoterapéuticas formales y estructuradas
 - ▶ Depresión en niños, adolescentes y embarazadas

Guía de intervención mhGAP

Recomendaciones guía de intervención mhGAP

- ▶ Aproximadamente **cuatro de cada cinco personas** que necesitan atención por trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en los países con ingresos bajos y medios-bajos **no la reciben.**
- ▶ La estrategia mhGAP está dirigida a países con ingresos bajos y medio-bajos con el objetivo de mejorar la atención de trastornos mentales y neurológicos o por uso de sustancias.
- ▶ La guía de intervención mhGAP debe ser aplicada en el nivel de atención de salud no especializada.
- ▶ Está dirigida a los profesionales de atención de salud que trabajan en los establecimientos del primer y del segundo nivel.

Estructura de la guía mhGAP



Principios generales de la atención

- Comunicación con las personas que buscan atención de la salud y con sus cuidadores
- Evaluación
- Tratamiento y monitoreo
- Movilización e incentivación del apoyo social
- Protección de los derechos humanos
- Atención al bienestar general

Esquema principal mhGAP: manifestaciones comunes- condiciones a evaluar

Depresión

- Poca energía, fatiga, problemas de sueño o apetito
- Estado de ánimo triste o ansioso en forma persistente, irritabilidad
- Falta de interés o de placer en actividades que solían ser interesantes o placenteras
- Múltiples síntomas sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento)
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales

Psicosis

- Conducta anormal o desorganizada (por ejemplo, lenguaje incoherente o sin sentido, apariencia inusual, abandono de sí mismo, apariencia descuidada)
- Ideas delirantes (una creencia falsa sostenida con firmeza o sospechas injustificadas)
- Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen)
- Descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, actividades domésticas o sociales
- Síntomas maníacos (varios días de estar anormalmente contento, con demasiada energía, hablando en exceso, muy irritable, con falta de sueño, con comportamiento temerario)

Epilepsia / Crisis epilépticas

- Movimientos o ataques / crisis convulsivas
- Durante la convulsión:
 - – pérdida o alteración de la conciencia
 - – rigidez, entumecimiento
 - – mordedura de lengua, lesiones físicas, incontinencia urinaria o intestinal
- Después de la convulsión: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, conducta anormal, dolor de cabeza, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo

Esquema principal mhGAP: manifestaciones comunes- condiciones a evaluar

Trastornos del desarrollo

- Retraso del desarrollo: aprendizaje mucho más lento que el de otros niños de la misma edad en actividades tales como: sonreír, sentarse permanecer de pie, caminar, hablar / comunicarse y otras áreas del desarrollo, tales como leer y escribir
- Alteraciones en la comunicación, conducta restringida, repetitiva
- Dificultades para llevar a cabo las actividades normales diarias que corresponden a su edad

Trastornos de la conducta

- Falta de atención y / o distracción excesiva, suspende las tareas repetitivamente antes de terminarlas y cambia a otras actividades
- Actividad excesiva, andar de un lado a otro, dificultad extrema para permanecer sentado, hablar en exceso o inquietud desmedida
- Impulsividad excesiva: con frecuencia hace cosas sin previsión o cautela
- Conducta repetida y continua que molesta a otros (por ejemplo, rabietas generalmente frecuentes y graves, conducta cruel, desobediencia persistente y grave, robo)
- Cambios repentinos de conducta o en las relaciones con compañeros, incluyendo aislamiento y enojo

Demencia

- Deterioro o problemas de memoria (olvido excesivo) y desorientación (conciencia del tiempo, del lugar y de la persona)
- Problemas en el estado de ánimo o la conducta tales como apatía (parece desinteresado) o irritabilidad
- Pérdida de control emocional – se disgusta, irrita o llora con facilidad
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades domésticas o sociales

Esquema principal mhGAP: manifestaciones comunes- condiciones a evaluar

Trastornos por uso de alcohol

- Parece estar bajo la influencia del alcohol (por ejemplo, olor a alcohol, parece estar ebrio, con resaca)
- Se presenta con una lesión física
- Síntomas asociados con el consumo de alcohol (por ejemplo, insomnio, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, indigestión, diarrea, dolores de cabeza)
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales

Trastornos por uso de drogas

- Parece estar afectado por las drogas (por ejemplo, falta de energía, agitación, inquietud, lenguaje mal articulado)
- Señales de consumo de drogas (marcas de inyección, infecciones cutáneas, apariencia descuidada)
- Solicita prescripciones para medicamentos sedantes (pastillas para dormir, opioides)
- Dificultades financieras o problemas legales relacionados con delitos
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades domésticas o sociales

Autolesión / Suicidio

- Pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio
- Historia de pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio

Manifestaciones a evaluar en depresión

Manifestación común	Condición a ser evaluada
<p>Poca energía, fatiga, problemas de sueño o apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estado de ánimo triste o ansioso en forma persistente, irritabilidad ○ Falta de interés o de placer en actividades que solían ser interesantes o placenteras ○ Múltiples síntomas sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento) ○ Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales 	<p>Depresión</p>

1. Estas manifestaciones comunes indican la necesidad de una evaluación.
2. Si las personas presentan características que se manifiestan en más de una condición, entonces se necesitan evaluar todas las condiciones relevantes.
3. Todas las condiciones aplican a todas las edades, salvo que se especifique de otra manera.

Evaluación de depresión

Condición	Preguntas
Depresión moderada-grave	<ul style="list-style-type: none"> - Durante por lo menos 2 semanas, la persona ha presentado al menos 2 de los siguientes síntomas fundamentales de depresión: a) Estado de ánimo deprimido (la mayor parte del día, casi todos los días), (para niños y adolescentes: ya sea irritabilidad o estado de ánimo deprimido); b) Pérdida de interés o de placer por actividades que normalmente son placenteras; c) Poca energía o se cansa fácilmente - Durante las últimas 2 semanas, la persona ha presentado por lo menos otros 3 síntomas de depresión: a) Concentración y atención reducida; b) Disminución de la autoestima y la confianza en sí misma; c) Ideas de culpa y falta de valor; d) Visión pesimista y sombría del futuro; e) Ideas o actos de autolesión o suicidio; f) Alteraciones de sueño; g) Disminución del apetito - ¿Tiene la persona dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales?
Depresión bipolar	<p>Pregunte acerca de episodios anteriores de síntomas maníacos, tales como estado de ánimo extremadamente elevado, expansivo o irritable, aumento de actividad, hablar en exceso, fuga de ideas, menor necesidad de sueño, grandiosidad, distracción extrema, conducta temeraria. Refiérase al Módulo Trastorno Bipolar.</p>
Condiciones concomitantes	<p>(Re)considere el riesgo de suicidio / autolesión</p> <p>(Re)considere la posible presencia de trastorno por consumo de alcohol o por uso de otras sustancias</p> <p>Busque enfermedades médicas concomitantes, especialmente signos / síntomas que sugieran hipotiroidismo, anemia, tumores, enfermedad vascular cerebral, hipertensión, diabetes, VIH / SIDA, obesidad o abuso de medicamentos, que pueden causar o exacerbar la depresión (por ejemplo, esteroides)</p>

Evaluación de depresión

Evaluar

Decidir

Tiene la persona depresión
moderada-grave?

SI (Si responde que SI a las 3 preguntas es probable que se trate de depresión moderada-grave)

NO (Si responde que NO a alguna o a todas las preguntas y si no se han identificado otras condiciones en el esquema principal de la guía)
(En caso de No evalúe la categoría Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos somáticos sin explicación médica)

Compruebe si ha habido un duelo reciente u otra pérdida importante en los últimos 2 meses.
(Si es duelo siga las recomendaciones anteriores, pero NO considere antidepresivos ni psicoterapia como el tratamiento de preferencia. Hable y ofrezca apoyo para una adaptación culturalmente apropiada al duelo)

Evaluación de depresión

Tiene la persona depresión bipolar?

La depresión bipolar es probable si la persona tuvo:

- 3 o más síntomas maníacos de al menos 1 semana de duración, O
- Un diagnóstico de trastorno bipolar previamente establecido

Tiene la persona depresión con características psicóticas?

Si responde SI

Condiciones concomitantes?

Si está presente una condición concomitante

La persona está en edad reproductiva o es un niño o adolescente?

Si está embarazada o lactando
Si es menor de 12 años

Recomendaciones de manejo

Condición	Manejo
Depresión moderada-grave	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Aborde los factores psicosociales estresantes actuales • Promueva el restablecimiento de las relaciones sociales • Considere antidepresivos • Si está disponible, considere la terapia interpersonal, activación conductual o terapia cognitivo-conductual • Si están disponibles, considere tratamientos asociados: programa de actividad física regulada • No trate los síntomas con inyecciones u otros tratamientos ineficaces • Ofrezca seguimiento periódico
Depresión bipolar	<ul style="list-style-type: none"> • Maneje la depresión bipolar según Módulo de Trastorno Bipolar
Depresión con características psicóticas	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañe el tratamiento anterior para la depresión moderada-grave con un antipsicótico en consulta con un especialista. • Consultar Módulo de Psicosis
Condiciones concomitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Maneje tanto la depresión moderada-grave como la condición concomitante. • Monitoree la adherencia al tratamiento en las enfermedades médicas concomitantes, debido a que la depresión puede reducir la adherencia.

Recomendaciones de manejo

Condición	Manejo
Mujer en edad reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Siga las recomendaciones anteriores de tratamiento para el manejo de la depresión moderada-grave • Se deben evitar los antidepresivos dentro de lo posible durante el embarazo o la lactancia. • Si no responde al tratamiento psicosocial, considere usar la dosis efectiva más baja de antidepresivos. • Consulte a un especialista • Si está amamantando, evite medicamentos de acción prolongada, tal como la fluoxetina.
Niño o adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • No considere medicamentos antidepresivos como tratamiento de preferencia. • Psicoeducación • Aborde los factores psicosociales estresantes actuales. • Si está disponible, considere la psicoterapia interpersonal (PIT) o terapia cognitiva conductual (CCT), activación conductual. • Si están disponibles, considere tratamientos asociados: programa de actividad física regulada. Método de relajación o tratamiento para la solución de problemas. • Ofrezca seguimiento periódico.

Medicación Antidepresiva: iniciar la medicación

- ▶ Seleccione un antidepresivo disponible en el formulario nacional
- ▶ Cuando seleccione un antidepresivo, considere el patrón de síntomas que presenta, el perfil de los efectos secundarios del medicamento y la eficacia de los tratamientos antidepresivos previos.
- ▶ Para condiciones médicas coexistentes: antes de prescribir antidepresivos, considere la potencial interacción entre medicamento y enfermedad o entre los medicamentos.
- ▶ La combinación de antidepresivos con otros medicamentos psicotrópicos requiere la supervisión o consulta con un especialista.

Medicación Antidepresiva: iniciar la medicación

- ▶ **Háblele a la persona y a la familia sobre:**
 - ▶ la demora en el inicio del efecto;
 - ▶ los posibles efectos secundarios y el riesgo de estos síntomas, que busquen ayuda inmediata si los mismos producen malestar, y cómo identificar las señales de manía;
 - ▶ la posibilidad de síntomas de discontinuación / abstinencia si se omiten dosis, y que estos síntomas generalmente son leves y auto limitados, pero que ocasionalmente pueden ser graves, especialmente si la medicación se interrumpe abruptamente. Sin embargo, los antidepresivos no son adictivos;
 - ▶ la duración del tratamiento, aclarando que los antidepresivos son efectivos tanto para el tratamiento de la depresión como para la prevención de su recurrencia.

Terminación de la medicación antidepresiva

- ▶ **Considere suspender la medicación antidepresiva cuando la persona: (a) no tiene síntomas o tiene síntomas mínimos de depresión durante 9 – 12 meses y (b) ha podido realizar actividades de rutina durante ese período de tiempo.**
- ▶ **Termine el contacto de la siguiente manera:**
 - ▶ **Converse de antemano con la persona sobre la finalización del tratamiento.**
 - ▶ **Para la mayoría de medicamentos, reduzca gradualmente las dosis durante por lo menos un período de 4 semanas; algunas personas podrán requerir un período más prolongado.**
 - ▶ **Recuerde a la persona sobre la posibilidad de presentar síntomas de discontinuación / abstinencia por la suspensión o reducción de la dosis, y que estos síntomas generalmente son leves y auto limitados pero que ocasionalmente pueden ser graves, especialmente si el medicamento se suspende abruptamente.**
 - ▶ **Informe acerca de los síntomas tempranos de recaída (por ejemplo, alteración del sueño o del apetito durante más de 3 días) y cuándo debe acudir para seguimiento de rutina.**
 - ▶ **Repita mensajes de psicoeducación, según corresponda.**

Antidepresivos disponibles en Colombia

Grupo	Moléculas
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	<i>Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina Fluvoxamina, Citalopram, Escitalopram</i>
Antidepresivos de acción dual -Antidepresivos tricíclicos (ATC) -Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) -Inhibidores de recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)	<i>Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina Duloxetina, Venlafaxina, Desvenlafaxina Bupropion</i>
Otros (Multimodales) -SARI (inhibidor de recaptación de serotonina y antagonista de los receptores de 5HT ₂) -NaSSA (Noradrenérgico y serotoninérgico específico) -Antagonista 5HT-2c y melatoninérgico -Inhibidor del transportador de Serotonina y modulador de los receptores 5HT.	<i>Trazodona Mirtazapina Agomelatina Vortioxetina</i>

Tratamiento y Consejo Psicosocial / No Farmacológico: Psicoeducación

- ▶ La depresión es un problema muy frecuente que le puede ocurrir a cualquier persona
- ▶ Las personas deprimidas tienden a tener opiniones negativas e irreales de si mismas.
- ▶ Es posible el tratamiento efectivo. Generalmente, transcurren por lo menos dos semanas antes de que el tratamiento reduzca la depresión. Es importante la adherencia a cualquier tratamiento prescrito.

Tratamiento y Consejo Psicosocial / No Farmacológico: Psicoeducación

Es necesario poner énfasis en lo siguiente:

- ▶ la importancia de **continuar**, en la medida de lo posible, con las **actividades que solían ser interesantes o placenteras**, independientemente de si las mismas parecen ser interesantes o placenteras en este momento;
- ▶ la importancia de tratar de **mantener un ciclo de sueño regular** (es decir, acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes, evitar dormir en exceso);
- ▶ el beneficio de la **actividad física periódica**, hasta donde sea posible;
- ▶ el beneficio de **actividades sociales periódicas**, incluyendo la participación en actividades sociales habituales, hasta donde sea posible;
- ▶ reconocer los **pensamientos de autolesión o suicidio** y regresar a buscar ayuda cuando se presentan;
- ▶ en las personas mayores, la importancia de continuar buscando ayuda para los problemas de salud física.

Tratamiento y Consejo Psicosocial / No Farmacológico: Abordaje de los factores psicosociales estresantes actuales

- Ofrezca a la persona la **oportunidad de hablar**, preferiblemente en un área privada. Pida a la persona su opinión sobre las causas de sus síntomas.
- Pregunte sobre los **factores psicosociales estresantes** actuales y, en la medida de lo posible, aborde las dificultades sociales y la capacidad para resolver problemas relacionados con factores psicosociales estresantes, o las dificultades para relacionarse, con la ayuda de servicios / recursos comunitarios.
- Evalúe y maneje cualquier situación de **maltrato, abuso** (por ejemplo, violencia doméstica) y **descuido** (por ejemplo, de niños o personas mayores). Póngase en contacto con los recursos legales y comunitarios, según corresponda.
- **Identifique los familiares de apoyo e involúcrelos** lo más posible y de manera oportuna.

Tratamiento y Consejo Psicosocial / No Farmacológico: Restablecer las redes de apoyo

- ▶ Identifique las **actividades sociales previas** de la persona que, si se reiniciaran, tendrían el potencial de proveer apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias).
- ▶ Estimule las fortalezas y habilidades de la persona y motívela a **reanudar las actividades sociales previas**, en la medida posible.

Tratamiento y Consejo Psicosocial / No Farmacológico: Ofrecer seguimiento periódico

- Ofrezca seguimiento periódico (por ejemplo, personalmente en la clínica, por teléfono, o a través del personal de salud comunitaria).
- Vuelva a evaluar a la persona para verificar la mejoría (por ejemplo, después de 4 semanas).

Conclusiones

- ▶ La depresión es una patología frecuente en el ámbito de atención primaria
- ▶ Entre los factores más importantes para el adecuado manejo de los pacientes con depresión en atención primaria se encuentran el adecuado entrenamiento de los profesionales de la salud y el establecimiento de un sistema de atención que cubra las necesidades de los pacientes con los recursos disponibles
- ▶ Actualmente se cuenta con recomendaciones y guías a nivel internacional que pueden contribuir a mejorar la atención de los problemas de salud mental como la depresión en los niveles no especializados.

Preguntas