



Guía preliminar sobre introducción al tratamiento de los trastornos depresivos

Autores:

Dr. Moizeszowicz J., Dra. Abraham E., Dr. Corra R., Dra. Galeno R., Dr. González F., Dr. Guzzo E., Dr. Lupo C., Dr. Maresca T., Dra. Medor M., Dr. Morra C., Dra. Teme A., Dra. Tortorella M. Colaborador externo: Sergio Guala

Revisores:

Dr. Alvano S. A., Dr. Dorado G., Dra. Márquez de López Mato A., Dr. Mochablon Espinoza A.

Año 2013

I - CLINICA Y DIAGNOSTICO

INTRODUCCION

La elaboración de una GUÍA ARGENTINA DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO PARA LA DEPRESIÓN (GATPD) en nuestro país, se justifica por la demanda generada, desde diferentes ámbitos del sistema de salud, implicados en el abordaje de esta patología, tanto a nivel clínico como en los servicios de salud mental que trabajan en redes de contención social, suscita la consulta a los profesionales médicos para dirimir la necesidad de instrumentar una terapéutica o una acción profiláctica con las evidencias actualizadas.

Los criterios utilizados para evaluar si un problema es de importancia para la salud incluyen: 1-su prevalencia, 2-la gravedad de sus consecuencias, 3- la probabilidad de que se mantenga estable o que aumente si no recibe atención, 4- la disponibilidad de medios efectivos de intervención para resolver o reducir significativamente el problema. Los trastornos depresivos cumplen estos criterios y se encuentran entre las enfermedades mentales más frecuentes. Las consecuencias de la depresión no tratada son graves e incluyen el aumento de la morbimortalidad por diversas enfermedades físicas y por la depresión misma (suicidio), así como la probabilidad de un deterioro significativo que produce una mayor discapacidad que muchas enfermedades crónicas comunes, como por ejemplo la diabetes y las colagenopatías.

La enfermedad depresiva puede ser aún más frecuente en las próximas décadas por diversas razones, entre ellas la mayor expectativa de vida y los altos niveles de estrés y debilitamiento en el apoyo social.

La depresión está proyectada mundialmente como la segunda causa en importancia de discapacidad para el año 2020 detrás de las enfermedades cardiovasculares y pasara a ser la primera en el 2030.

Más alarmante aun resulta observar que ocupa actualmente el primer lugar en la región de las Américas, como causa de discapacidad.

Los antidepresivos son el tratamiento de primera elección debido a su eficacia comprobada y buena tolerancia. Es importante que sean considerados dentro de una estrategia terapéutica integral. Las psicoterapias cognitivo-conductuales y las interpersonales han demostrado su utilidad en estudios controlados, en combinación con antidepresivos, frente a las de orden psicoanalítico que se basan en la casuística.

Mientras que el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, Reino Unido) considera la indicación de fármacos antidepresivos sólo para la depresión moderada a severa, la American Psychiatric Association (APA, EE.UU.) y la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), hacen el uso extensivo a todos los grados de depresión.

El Grupo de Depresión de CAPyN considera que dada las posibilidades de atención de los sistemas de salud del país los pacientes con depresión leve y, aun la subsindrómica, pueden ser tratados y controlados con antidepresivos, si el paciente para disminuir su nivel de sufrimiento y molestias depresivas acepta la recomendación del psiquiatra, de manera independiente de la recomendación psicoterapéutica.

Dado que sólo existen predictores clínicos en caso de recurrencia (ej. episodios anteriores de depresión, mujeres con antecedentes de depresión familiar, etc.) la guía tratará que los profesionales que indiquen la medicación puedan individualizar al paciente adecuado para luego efectuar un tratamiento consensuado con el mismo.

Sólo recomendar el tratamiento en base a la mejor evidencia disponible, sin tener en cuenta la experiencia clínica, se convierte en un ideal no recomendable, que no logrará estimular la adherencia terapéutica al tratamiento indicado (*compliance*).

Las evidencias que se tendrán en cuentas son las siguientes

Evidencia A: Dos o más Estudios Clínicos Controlados Randomizados, doble ciego, con una n considerable (≥ 100) o meta-análisis con un Intervalo de Confianza estrecho.

Evidencia B: Un estudio Estudio Clínico Controlado Randomizado, doble ciego, con $n \geq 50$ o meta-análisis con un Intervalo de Confianza amplio.

Evidencia C: Estudios abiertos, series de casos y, otros tipos de estudios, que no cumplen los arriba descriptos.

Evidencia D: Consenso del CAPyN con acuerdo del consejo consultor consensuado con las diferentes áreas.

Esta GUÍA ARGENTINA DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO PARA LA DEPRESIÓN (GATPD) se ha desarrollado con los objetivos de ofrecer recomendaciones:

- A los profesionales médicos, para la atención de los pacientes con depresión
- NO INCLUYE recomendaciones para la depresión para menores de 18 años, para el trastorno bipolar y para el trastorno adaptativo.

EPIDEMIOLOGÍA, HISTORIA NATURAL Y CURSO

El trastorno depresivo es uno de los trastornos mentales más comunes en atención primaria y en psiquiatría. La prevalencia oscila entre el 6% al 20%. La depresión es a menudo una enfermedad crónica. Los estudios indican que hasta un 60% de los pacientes que experimentan un 1er. episodio sufrirán al menos una recurrencia en su vida.

Cada repetición parece aumentar la probabilidad de nuevos episodios. Los episodios recurrentes de depresión tienen un impacto significativo en términos de cuidado de la salud, tratamiento y consecuencias económicas. Este es un tema clave en la gestión a medio y largo plazo de los trastornos afectivos. Hallazgos previos sugieren una posibilidad mayor de recurrencia asociados con algunos factores clínicos: gravedad del episodio inicial, inicio temprano, una recuperación incompleta o comorbilidad psicopatológica.

Variables demográficas relacionadas con primeros episodios depresivos no se correlacionan con la recidiva. Algunos estudios de largo plazo realizan una comparación de los perfiles clínicos y socio-demográficos durante el primer episodio y posteriores episodios en los pacientes tratados por médicos de atención primaria o especialistas. En un estudio de cohorte prospectivo de 18 meses de seguimiento de 137 pacientes de atención primaria de depresión, sólo el 25% de los pacientes alcanzaron la remisión completa. De la muestra, el 49% tenían síntomas residuales o recurrentes, y el tiempo de remisión y recurrencia fueron predichas por la gravedad de la depresión. A 23 años de seguimiento de la atención primaria los pacientes deprimidos mostraron una tasa de recurrencia del 64% y el tiempo antes de la primera repetición parecía mucho más largo que en muestras de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Comparar muestras de pacientes que han tenido solo un episodio con aquellos que han tenido varios episodios recurrentes es otra manera de analizar estas diferencias. Pocos estudios han hecho esta comparación: el *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Study* (STAR-D) incluyó pacientes de atención primaria y especializada. En una muestra de los primeros 1.500 pacientes enrolados en el STAR-D, la depresión recurrente fue asociada con una mayor severidad de los síntomas y características de la enfermedad, pero no con las características demográficas además de la edad.

Sólo el 24% de los pacientes tenían su primer episodio, siendo las mujeres el grupo de mayor riesgo de desarrollar la depresión y la recaída

El sexo femenino no es un factor de riesgo para la recurrencia y el perfil de los síntomas es similar en ambos sexos de acuerdo a diferentes estudios. La única excepción es el estudio de los pacientes hospitalizados, con las mujeres en alto riesgo de recurrencia.

Los resultados relacionados con el sexo son similares a los resultados de la después del estudio: hubo una diferencia significativa en el número de mujeres en el grupo de recurrentes experimentando la depresión que el grupo de primer episodio. El nivel socioeconómico y el estado civil no parecen tener relación con el riesgo de recurrencia.

La mayoría de los estudios han encontrado que la recurrencia se ha relacionado con una historia familiar de depresión en pacientes psiquiátricos ambulatorios. La prevalencia de la depresión recurrente fue de 7,7 veces mayor en familiares de primer grado y 3,8 veces mayor en los extendidos familiares lo que cabría esperar.

En el STAR-D estudio, la recurrencia se asocia con la edad a la primera aparición incluso después de controlar por edad. Los pacientes con una familia antecedentes de depresión también eran más propensos a las recaídas y para mostrar una aparición más temprana.

El estudio STAR-D también mostró que los pacientes recurrentes reportaron un mayor nivel de síntomas de depresión con puntuaciones de cada vez mayor con el número de episodios. Los tres síntomas más frecuentes en ambos grupos (tristeza aparente, tristeza informada y disminución del sueño), eran también los que más difieren en cuanto a la gravedad entre los primeros episodios y recurrentes.

Entre los elementos somáticos los síntomas que fueron más frecuentes entre los episodios recurrentes, los síntomas relacionados con el dolor (de espalda, de cabeza, en los brazos, piernas y articulaciones), mostraron las mayores diferencias entre los grupos, incluso al ajustar por edad y el sexo.

Por otro lado, los pensamientos suicidas estaban más presentes en los primeros episodios. La cuestión de pensamientos suicidas tiene un gran impacto en la práctica clínica: más del 90% de los suicidios de los jóvenes ocurren en el contexto de un trastorno psiquiátrico, sobre todo, el trastorno afectivo. El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes. Estos resultados son consistentes con los resultados de la STAR-D estudio. De inicio temprano los pacientes depresivos fueron más propensos a apoyar la ideación suicida.

En el estudio epidemiológico español, que incluyó 10.257 pacientes, el hallazgo más importante fue que las tasas y la gravedad de los síntomas depresivos y somáticos eran mayores en los pacientes que presentaban episodios recurrentes.

La gravedad de los síntomas también se incrementó con el número de episodios, y altos niveles de ansiedad y/o de depresiones en la historia familiar.

Prevalencia de los trastornos depresivos

Tipo	Prevalencia a lo largo de la vida (%)
Episodio depresivo mayor	5-17 %
Distimia	3-6 %
Episodio depresivo menor	10
Trastorno depresivo breve recurrente	16

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La etiología de los trastornos depresivos supone una génesis multifactorial que incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La hipótesis de las alteraciones de los neurotransmisión catecolamínica y serotoninérgica siguen siendo válida para comprender la fisiopatología de la depresión.

En salud mental se usan manuales diagnósticos de consenso internacional que tienen como finalidad tener un lenguaje común en la práctica clínica así como en la investigación. Estos manuales son el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM IV TR y DSM V (Diagnóstico Estadísticos de Trastornos Mentales).

La CIE 10, se define como una clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. El DSM es la 4ª y 5ª edición revisada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Para efectuar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor (DM), de acuerdo a la 4ª Edición Revisada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-VI-TR) de la *American Psychiatric Association*, deben estar presentes cinco síntomas principales mientras que para la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), sólo son necesarios dos síntomas y otros dos son accesorios.

<i>Categorías de síntomas depresivos</i>	<i>Lista de síntomas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Síntomas afectivos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ánimo depresivo * • Anhedonia * • Ansiedad
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alteraciones psicomotoras</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Retardo • Agitación • Pérdida de energía y actividad *
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alteraciones de la</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de culpa • Sentimiento de desamparo

<p><i>cognición y memoria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Alteraciones psico-vegetativas y quejas somáticas</i> <p>(*) <i>Síntomas principales de depresión (La ansiedad no está incluida en los sistemas de diagnóstico del DSM-IV-TR, ICD-10, pero hay un amplio consenso clínico que los síntomas de ansiedad acompañan a los de la depresión frecuentemente)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delirios (congruentes o incongruentes con el ánimo) • Déficit de concentración • Déficit de memoria • Alteraciones del sueño (insomnio, despertar temprano en la mañana) • Cambios diurnos • Pérdida del apetito y peso • Disfunción sexual • Constipación • Síndrome del dolor • Hipertonía • Taquicardia
---	--

CRITERIOS DSM-IV-TR

En la clasificación de los trastornos depresivos según el DSM IV TR, trastorno es equivalente a enfermedad. Es un patrón clínico de cualquier etiología. En cambio episodio está incluido en trastorno, pero no es en si mismo una entidad clínica. Sirve como fundamento al diagnóstico de los trastornos. Por ej:

Trastorno depresivo mayor episodio único está constituido por un solo 'episodio' depresivo mayor

Trastorno depresivo mayor recidivante está constituido por 2 o más 'episodios' depresivos mayores.

Trastornos del estado de animo están divididos en:

- 1- trastornos depresivos, unipolares. (es de lo que nos ocuparemos)
- 2- trastornos bipolares
- 3- trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica: basado en la etiología. La alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica
- 4- trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: basado en la etiología. La alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una droga, medicamento o tóxico.
- 5- trastorno del estado de ánimo no especificado: trastornos con síntomas afectivos en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado

TRASTORNOS DEPRESIVOS

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante

F34.1 Trastorno distímico

F32.9 Trastorno depresivo no especificado

F32.x (296.2) TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO

Presencia de un unico episodio depresivo mayor.

Crterios para el episodio depresivo mayor

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.

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 hipersomnias 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

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto. describir

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.

Especificaciones para la clasificación clínica del episodio actual o más reciente

- *Leve F32.0: Pocos o ningún síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico, que provocan ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás*
- *Moderado F32.1: síntomas de incapacidad funcional entre leve y grave*
- *Grave sin síntomas psicóticos F32.2: varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.*
- *Grave con síntomas psicóticos F32.3: ideas delirantes o alucinaciones, congruentes o no con el estado de ánimo*
- *En remisión parcial F32.4: quedan síntomas de un episodio depresivo mayor en un periodo menor a dos meses*
- *En remisión total F32.4: durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas de la alteración.*

Especificaciones que describen rasgos del episodio actual o más reciente

- *Crónico: los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continuada durante al menos los dos últimos años*

- *Con síntomas catatónicos: dos de los siguientes síntomas*

- 1 inmovilidad motora, catalepsia, flexibilidad cerea o estupor
- 2 actividad motora excesiva
- 3 negativismo extremo
- 4 adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas, movimientos estereotipados, manierismos, gesticulación exagerada
- 5 ecolalia o ecopraxia

- *Con síntomas melancólicos: presencia de uno de los siguientes síntomas en el periodo más grave del episodio:*

- 1 pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
 - 2 falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros
- Y tres o más de los siguientes
- 1 cualidad distintiva del estado de ánimo
 - 2 la depresión es peor a la mañana
 - 3 despertar precoz, al menos dos horas antes de lo habitual
 - 4 enlentecimiento o agitación psicomotora
 - 5 anorexia con pérdida de peso
 - 6 culpabilidad excesiva o inapropiada

- *Con síntomas atípicos : reactividad del estado de ánimo a situaciones positivas*

Y dos o más de los siguientes síntomas:

- 1 Aumento significativo del apetito y el peso
- 2 hipersomnia
- 3 brazos y piernas pesados
- 4 sensibilidad al rechazo interpersonal de larga data, que provoca deterioro social o laboral

- *De inicio en el posparto: inicio del episodio en las 4 últimas semanas del posparto*

F33.x (296.3x) TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE

Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Cada episodio debe estar separado del siguiente por al menos dos meses

Especificaciones para la clasificación clínica y especificaciones que describen los rasgos del episodio actual o más reciente son iguales a Trastorno depresivo mayor episodio único

Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes

Especificaciones de curso longitudinal

- Recidivante, con recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico
- Recidivante, sin recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico.
- Recidivante, con recuperación interepisódica total, con trastorno distímico.

Recidivante, sin recuperación interepisódica total, con trastorno distímico.

Con patrón estacional: en los dos últimos años ha habido dos episodios depresivos mayores con relación estacional y no ha habido episodios no estacionales.

F34.1 (300.4) TRASTORNO DISTÍMICO

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar :

Inicio temprano: antes de los 21 años

Inicio tardío: después de los 21 años

Especificar: si es con síntomas atípicos

F32.9 (311)TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

1 Trastorno disforico premenstrual: los síntomas tienen que interferir notablemente en el trabajo, estudio o en las actividades habituales y estar ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones y presentarse con regularidad.

2 Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de sintomas depresivos, pero con menos de los 5 items exigidos para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor.

3 Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses

4 Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: durante la fase residual de la esquizofrenia

5 Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia

6 Casos en que se ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero se es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad medica o inducido por sustancias.

ESPECIFICACIONES POR GRAVEDAD (ESCALAS MAS COMUNES)

depresivos: En primer lugar, las que resultan de la evaluación del tratamiento y la

Escala	Nº de ítems	Tiempo aproximado requerido
PHQ-2 (Test de las dos preguntas)	2	< 3'
PHQ-9 (Cuestionario de salud-9)	9	3'-5'
CES-D (Centro de estudios epidemiológicos en depresión)	20	5'
HADS (Escala de ansiedad y depresión)	14	5'
Zung SDS (Escala de depresión de Zung)	20	5'-20'

general y psiquiatría implica una primera evaluación.

además; ya que ahorra tiempo al entrevistador.

de las 2 preguntas de la escala de Zung (Zung SDS) en estudios

previos, y utilizados

Escalas auto-administradas utilizadas en la detección de la depresión

Escala	Nº de ítems	Tiempo aproximado requerido
PHQ-2 (Test de las dos preguntas)	2	< 3'
PHQ-9 (Cuestionario de salud-9)	9	3'-5'
CES-D (Centro de estudios epidemiológicos en depresión)	20	5'
HADS (Escala de ansiedad y depresión)	14	5'
Zung SDS (Escala de depresión de Zung)	20	5'-20'

Segundo nivel de evaluación: diagnóstico

El segundo nivel de evaluación es el diagnóstico. El diagnóstico preciso es necesario después de una identificación inicial positiva, y los instrumentos en este nivel pueden ser administrados por el entrevistador, o auto administrados.

Dentro de los instrumentos de diagnóstico administrados por el profesional se incluyen: el *Cuestionario Clínico Estructurado para los trastornos del eje I DSM-IV* (SCID-I)¹, y la *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (M.I.N.I.)².

El SCID cuenta con 9 módulos de diagnóstico. Una versión se ha diseñado para su uso en la *práctica clínica* cubriendo los diagnósticos más prevalentes (SCID-CV).

La M.I.N.I. fue diseñada para ser una breve entrevista llevada a cabo por el profesional para diagnosticar los trastornos, basado en los criterios del DSM-IV y del ICD-10. Incluye diecinueve módulos de evaluación de 16 trastornos del Eje I.

Dentro de las herramientas auto administradas, encontramos el PHQ-9, ya descripto, que puede ser utilizado tanto para el diagnóstico como para la detección del trastorno depresivo.

La mejor opción siempre será la que resulte más práctica, simple, y rentable para el sistema de salud.

Tercer nivel de evaluación: Seguimiento

El seguimiento permite el monitoreo de la respuesta terapéutica y la evolución del cuadro. Aquí también existen escalas auto administradas y otras administradas por los profesionales, que permiten medir severidad sintomática, eventos adversos y riesgo suicida.

Entre las escalas administradas por el entrevistador para seguimiento de los síntomas depresivos, la Escala de depresión de Hamilton (HDRS)³ es el Gold Standard. La HDRS evalúa gravedad de la mayoría de los síntomas depresivos del DSM-IV y algunos síntomas de ansiedad comórbida. La versión más utilizada es la de 17 ítems. Puede ser menos fiable en los pacientes ancianos, aquellos con enfermedad médica general, y las personas con características atípicas de depresión.

La Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS), fue diseñada originalmente para monitorear los efectos de los tratamientos farmacológicos antidepresivos, pero se utiliza ampliamente en la práctica clínica.

Los Cuestionarios de síntomas depresivos (IDS), tanto las versiones originales de 30 ítems, como las breves de 16 (Cuestionario breve de síntomas depresivos, QIDS-16), cuentan también con formatos auto administrados (IDS-sr y QIDS-16-sr) y presentan adecuadas propiedades psicométricas.

Estas escalas se utilizan frecuentemente para monitorear síntomas depresivos. Evalúa todos los síntomas del criterio "A" del DSM-IV para trastorno depresivo mayor, además de las características melancólicas y atípicas, irritabilidad y ansiedad.

Existe evidencia que demuestra que las versiones breves, administrada por el clínico y auto administrada, QIDS-16 y QIDS-16-sr, son tan eficaces para evaluar la severidad de la depresión como la HDRS de 17 ítems (esta consume mucho más tiempo), en pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor no psicótico.

Otras escalas utilizadas para el seguimiento son la *Escala de depresión de Beck* (BDI) en su versión original de 1961 y la revisada de 1979; como así también el BDI-II de 1996, mucho más cercana a los criterios diagnóstico del DSM-IV. Además de las escalas ya mencionadas para detección, PHQ-9 y HADS.

Escalas utilizadas para el seguimiento de la depresión.

Escala	Nº de ítems	Tiempo	Completado por
IDS (Cuestionario de síntomas depresivos)	30	15'-20'	Paciente/entrevistador
HDRS (Hamilton)	17 o 21	30'	Entrevistador
MADRS (Montgomery)	10	10'-15'	Entrevistador
BDI (Beck)	21	5'-10'	Paciente
HADS (Escala de ansiedad y depresión)	14 (7 depresión)	5'	Paciente

PHQ-9 (Cuestionario de salud-9)	9	3'-5'	Paciente
QIDS-16-sr (Cuestionario breve de síntomas depresivos, auto administrado)	16	5'	Paciente

DIAGNÓSTICO DEL RIESGO SUICIDA

En 1976, la Organización Mundial de la Salud definió el suicidio como *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”*.

En la actualidad, se considera que el suicidio incluye la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) y la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que transcurre desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado.

Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son numerosas, e incluyen factores biológicos y variables socio-demográficas, psiquiátricas y psicosociales.

Factores de riesgo de suicidio más importantes en la Depresión Mayor

- Antecedentes de intentos de suicidio previos
- Antecedentes de suicidio en la familia
- Comorbilidad en el Eje II del DSM-IV (ej.: trastorno límite personalidad)
- Impulsividad
- Desesperanza
- Eventos vitales tempranos traumáticos
- Estrés vital
- Bajo apoyo social y de su pareja
- Sexo masculino
- Abuso-dependencia de alcohol u otras drogas tóxicas
- Persona que viven solas

Revisión de la nomenclatura (O'Carroll, Silverman)

Ideación suicida	<p><i>a. Sin intencionalidad suicida</i></p> <p><i>b. Con grado indeterminado de intencionalidad</i></p> <p><i>c. Con alguna intencionalidad suicida</i></p>	<p>1. Casual; 2. Transitoria;</p> <p>3. Pasiva; 4. Activa;</p> <p>5. Persistente</p>
Comunicación suicida	<p><i>a. Sin intencionalidad suicida:</i></p> <p>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I)</p> <p>2. Propuesta de un método con el cual llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I)</p> <p><i>b. Con grado indeterminado de intencionalidad</i></p> <p>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II)</p> <p>2. Propuesta de un método con el cual llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)</p> <p><i>c. Con alguna intencionalidad suicida</i></p> <p>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III)</p> <p>2. Propuesta de un método con el cual llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)</p>	

Conducta suicida	<p><i>a. Sin intencionalidad suicida</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte auto-infligida no intencionada) <p><i>b. Con grado indeterminado de intencionalidad</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte auto-infligida con intencionalidad indeterminada) <p><i>c. Con alguna intencionalidad suicida</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)
-------------------------	---

Para la valoración de la ideación y conducta suicida, las escalas recomendadas son Escala de Columbia para la Evaluación de Severidad de Síntomas Suicidas (*C-SSRS*) y la Escala de desesperanza de Beck.

Evaluación de las causas desencadenantes de la conducta suicida y del riesgo de repetición

<i>Causas de conducta suicida: factores psicológicos y contextuales</i>	<i>Riesgo de conducta suicida</i>
Situación social	Características del intento: intencionalidad, elaboración del plan, letalidad, método elegido.
Relaciones interpersonales	Características personales: edad, sexo, presencia de trastorno mental, conducta suicida previa, desesperanza, etc.
Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales	Características contextuales: aislamiento social, clase social, enfermedad física.
Historia de trastorno mental, intentos de suicidio previos, abuso de alcohol y otras drogas.	
Características psicológicas relacionadas con la conducta suicida y su motivación.	

Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre conducta suicida

<p><i>CÓMO PREGUNTAR:</i></p> <p>¿Se siente infeliz o desvalido?</p> <p>¿Se siente desesperado?</p> <p>¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?</p> <p>¿Siente la vida como una carga?</p> <p>¿Siente que la vida no merece vivirse?</p> <p>¿Siente deseos de cometer suicidio?</p> <p><i>CUÁNDO PREGUNTAR:</i></p> <p>Siempre hay que evaluar el riesgo o ideas de suicidio</p> <p><i>QUÉ PREGUNTAR:</i></p> <p>Para evaluar el riesgo de suicidio (MINI):</p> <p>Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?</p> <p>Ha querido hacerse daño?</p> <p>Ha pensado en el suicidio?</p> <p>Ha planeado cómo suicidarse?</p> <p>Alguna vez ha intentado suicidarse?</p> <p>Para descubrir la existencia de un plan suicida:</p>
--

¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
Para indagar sobre el posible método utilizado:
¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?;
Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta:
¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

BIBLIOGRAFIA

- <http://www.canmat.org/guides.php>
- <http://www.psych.org/practice/clinical-practice-guidelines>
- <http://guidance.nice.org.uk/CG/Published>
- <http://www.wfsbp.org/activities/wfsbp-treatment-guidelines.html>
- <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado01/introduccion.html>

Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. 2nd ed. New York, NY: APA Press; 1998:155-169.
