



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

*Guía Clínica*  
**TRATAMIENTO DE PERSONAS  
CON DEPRESIÓN**

**SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL  
2009**

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN. Santiago: MINSAL, 2009.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

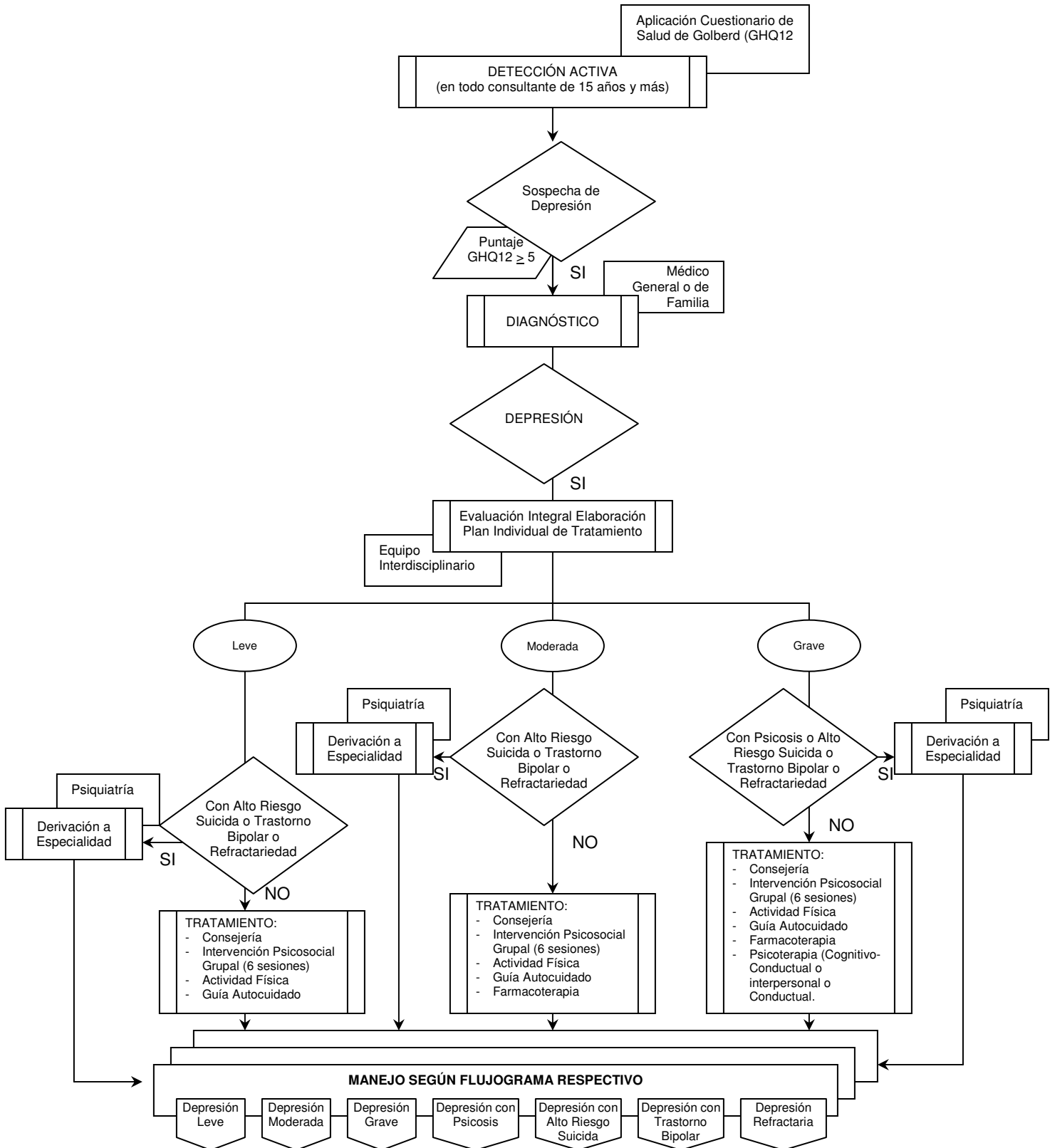
ISBN:

Fecha de publicación: Octubre, 2009

## ÍNDICE

FLUJOGRAMA DE MANEJO DE LA PERSONA CON DEPRESIÓN .....	4
Recomendaciones Clave .....	5
1. INTRODUCCIÓN .....	8
1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud .....	8
1.2 Alcance de la guía .....	12
1.3 Declaración de intención.....	13
2. OBJETIVOS .....	14
3. RECOMENDACIONES .....	15
3.1 Prevención primaria, tamizaje y sospecha diagnóstica .....	15
3.2 Confirmación diagnóstica.....	22
3.3 Tratamiento .....	34
3.4 Seguimiento .....	54
4. DESARROLLO DE LA GUÍA.....	57
4.1 Grupo de trabajo .....	57
4.2 Declaración de conflictos de interés .....	58
4.3 Revisión sistemática de la literatura .....	58
4.4 Formulación de las recomendaciones .....	59
4.5 Vigencia y actualización de la guía.....	59
ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	60
ANEXO 2: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN .....	62
ANEXO 3: FLUJOGRAMAS DE MANEJO DE LA DEPRESIÓN .....	63
ANEXO 4: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG .....	70
ANEXO 5: ESCALA DE DEPRESIÓN POST PARTO DE EDIMBURGO.....	71
ANEXO 6: MODELO DE ATENCIÓN POR NIVELES ESCALONADOS.....	72
ANEXO 7: FARMACOTERAPIA DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA .....	73
REFERENCIAS .....	75

## FLUJOGRAMA DE MANEJO DE LA PERSONA CON DEPRESIÓN



## Recomendaciones Clave

Recomendaciones	Grado Recomendación
<p><b>Tamizaje:</b> Aplicar el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12), a consultantes en el sistema de salud de 15 años y más.</p> <p>Aplicar la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo, a todas las mujeres en el 2º y 6º meses posteriores al parto.</p>	<p><b>A</b></p> <p><b>A</b></p>
<p><b>Sospecha diagnóstica:</b> Ante la sospecha de Depresión, por tamizaje positivo o presencia de varios factores de riesgo, derivar a médico general o médico de familia para confirmación diagnóstica.</p>	<p><b>C</b></p>
<p><b>Evaluación Diagnóstica:</b> Aplicación de los criterios CIE-10 por médico general o médico de familia, para diagnóstico de los distintos tipos de Trastornos Depresivos.</p> <p>Evaluación de los factores de género en el diagnóstico de los Trastornos Depresivos.</p> <p>Evaluación y diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica.</p>	<p><b>C</b></p> <p><b>B</b></p> <p><b>B</b></p>
<p><b>Diagnóstico diferencial:</b> Realizar diagnóstico diferencial con enfermedades somáticas y mentales.</p> <p>Solicitar Hemograma, Glicemia, T3, T4 y TSH, para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos y otros exámenes según criterio médico.</p>	<p><b>B</b></p> <p><b>C</b></p>
<p><b>Derivación a equipo especializado:</b> Derivar a equipo especializado a las personas que presenten los siguientes diagnósticos: episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, episodio depresivo actual en trastorno bipolar, episodio depresivo con alto riesgo suicida y depresión refractaria.</p>	<p><b>A</b></p>
<p><b>Consideraciones generales del tratamiento:</b> Tratamiento de los episodios depresivos leve, moderado y grave, por médico general o médico de familia en conjunto con otros profesionales del equipo de salud general, con el apoyo de consultorías de salud mental realizadas con especialistas.</p> <p>Considerar aspectos de equidad de género en el tratamiento de mujeres con depresión.</p> <p>Aplicar estrategias para mejorar adherencia a tratamiento de depresión, con psicoeducación, seguimiento telefónico, visitas domiciliarias, participación de familiares y grupos de autoayuda.</p>	<p><b>A</b></p> <p><b>B</b></p> <p><b>C</b></p>

<p>Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integral.</p>	<b>A</b>
<p>Para elaborar el plan individual de tratamiento integral se debe realizar una evaluación integral de la situación de salud y de vida de la persona, la que incluye diagnóstico psicosocial, evaluación psicológica según las características del cuadro clínico y evaluación interdisciplinaria.</p>	<b>C</b>
<p><b>Intervenciones psicosociales:</b> La consejería, la intervención psicosocial grupal y la psicoeducación son recomendables para todas las personas con depresión, tanto en adolescentes como en adultos.</p>	<b>A</b>
<p>Indicar programa estructurado de actividad física en personas con depresión leve y moderada.</p>	<b>B</b>
<p>Indicar la participación de personas con trastornos depresivos en grupos de autoayuda.</p>	<b>B</b>
<p>Usar terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal en conjunto con antidepresivos en episodios depresivos graves.</p>	<b>A</b>
<p><b>Tratamiento farmacológico:</b> Utilizar como medicamento de primera línea, en episodio depresivo moderado y grave, un antidepresivo ISRS.</p>	<b>A</b>
<p>En adolescentes con depresión moderada, utilizar Fluoxetina en dosis inicial de 10 mg diarios, aumentando gradualmente hasta un máximo de 40 mg. al día, según respuesta.</p>	<b>A</b>
<p>Los antidepresivos tricíclicos se utilizan como tratamiento de segunda o tercera línea en depresiones refractarias, debido al alto riesgo de reacciones adversas y complicaciones graves en sobredosis.</p>	<b>A</b>
<p>En depresiones refractarias se debe optimizar dosis o cambiar antidepresivo, y/o potenciar con litio, liotironina o un segundo antidepresivo.</p>	<b>B</b>
<p>En episodios depresivos de trastornos bipolares, los estabilizadores del ánimo, como litio, lamotrigina y ácido valproico, están indicados como primera línea.</p>	<b>A</b>
<p>Los siguientes medicamentos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo: paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico.</p>	<b>A</b>
<p><b>Terapia electroconvulsivante:</b> La terapia electroconvulsivante (bajo anestesia), se recomienda para la depresión grave resistente a tratamiento en adultos y adolescentes.</p>	<b>A</b>
<p><b>Tratamiento de la depresión durante el embarazo o post parto:</b> Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas (intervenciones ambientales y psicoterapia).</p>	<b>B</b>

<p>Evitar en lo posible el uso de antidepresivos durante las primeras 12 semanas de gestación.</p>	<p><b>A</b></p>
<p>Indicar ISRS (excepto la paroxetina), cuando sea necesario incluir farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia.</p>	<p><b>B</b></p>
<p><b>Seguimiento:</b> Toda persona tratada por depresión, independientemente de la gravedad de la misma, debe recibir seguimiento por a lo menos 6 meses, contados desde la remisión total de los síntomas.</p>	<p><b>C</b></p>
<p>En personas con antecedentes de 2 ó más episodios depresivos anteriores al presente en los últimos 3 años, mantener tratamiento con antidepresivos por al menos 2 años, luego de la remisión de los síntomas.</p>	<p><b>B</b></p>

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud**

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Los síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y en la actividad. Los cambios anímicos incluyen tristeza y/o irritabilidad, con una pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas. Los cambios cognitivos se centran en un pensar ineficiente, con gran auto-crítica. Físicamente las personas deprimidas se tornan menos activas, aunque ésto puede ser ocultado por la presencia de ansiedad o agitación.

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud el año 2002<sup>1,2</sup>, mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. En efecto, se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades<sup>3</sup>.

El estudio ESEMED/MEDEA (European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000)<sup>4</sup>, evaluó la incidencia y abordaje de los trastornos mentales en varios países de Europa, entre ellos España. Según este estudio, el 14% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida.

Según el informe del Estudio Global de Carga de Enfermedad 2001 de la OMS, la depresión por sí sola, representaba el 12,15% del total de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) y ocupaba el tercer lugar en la carga global de enfermedades<sup>5</sup>.

Del mismo modo, el Estudio Global de Carga de Enfermedad, realizado con datos del año 2004<sup>6</sup>, mostró una prevalencia mundial de depresión de 151,2 millones de personas. Las mayores prevalencias se encontraron en el Sudeste Asiático y en el Pacífico Occidental, tal como se muestra en la Tabla N° 1.

**Tabla N° 1: Prevalencia de Depresión en el mundo (millones de personas) según región, año 2004**

<b>Todo el Mundo</b>	<b>África</b>	<b>Las Américas</b>	<b>Mediterráneo Este</b>	<b>Europa</b>	<b>Sureste Asiático</b>	<b>Pacífico Occidental</b>
151,2	13,4	22,7	12,4	22,2	40,9	39,3

El mismo estudio mostró que la carga total de condiciones de incapacidad no fatales es dominada por una lista relativamente pequeña de causas, particularmente de un número de condiciones neuropsiquiátricas y trastornos de los órganos de los sentidos. La depresión ocupaba el tercer lugar entre las condiciones que producen discapacidad moderada a severa, con una prevalencia mayor en personas entre 0 y 59 años de los países con ingresos bajos y medios, según se muestra en la tabla N° 2.



**Tabla Nº 2: Prevalencia estimada de discapacidad moderada a grave (millones de personas) para las principales condiciones que producen discapacidad, según edad y grupo de países, 2004.**

Condición que produce la discapacidad <sup>(*)</sup>	Países de altos ingresos		Países de ingresos bajos y medios		Todo el Mundo
	0 a 59 años	60 años y más	0 a 59 años	60 años y más	Todas las edades
1 Pérdida de la Audición	7,4	18,5	54,3	43,9	124,2
2 Vicios Refractorios	7,7	6,4	68,1	39,8	121,9
3 Depresión	15,8	0,5	77,6	4,8	98,7

(\*) Enfermedad o accidente causante de discapacidad. Las condiciones se presentan en orden descendente.

Así mismo se demostró que los trastornos neuropsiquiátricos son la causa más importante de discapacidad, respondiendo por cerca de un tercio de los AVPD (años de vida perdidos por discapacidad), en población de 15 años y más. El peso de la carga de discapacidad de los trastornos neuropsiquiátricos es alto para hombres y mujeres, sin embargo, para las mujeres es un 50% más que para los hombres, tal como se muestra en la tabla Nº 3.

**Tabla Nº 3: Principales causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad en el mundo, según sexo, año 2004**

HOMBRES			MUJERES		
Causa	AVPD (millones)	% del total AVPD	Causa	AVPD (millones)	% del total AVPD
1. Depresión	24,3	8,31	1. Depresión	41,0	13,4
2. Abuso y dependencia de Alcohol	19,9	6,8	2. Vicios de refracción	14,0	4,6
3. Pérdida de la audición (sólo adultos)	14,1	4,8	3. Pérdida de la audición (sólo adultos)	13,3	4,3
4. Vicios de refracción	13,8	4,7	4. Cataratas	9,9	3,2
5. Esquizofrenia	8,3	2,8	5. Osteoartritis	9,5	3,1
6. Cataratas	7,9	2,7	6. Esquizofrenia	8,0	2,6
7. Trastorno Bipolar	7,3	2,5	7. Anemia	7,4	2,4
8. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	6,9	2,4	8. Trastorno Bipolar	7,1	2,3
9. Asma	6,6	2,2	9. Asfixia y Trauma Perinatal	6,9	2,3
10. Caídas	6,3	2,2	10. Alzheimer y otras demencias	5,8	1,9

En relación con la carga de enfermedad, la depresión contribuye fuertemente ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios. Para las mujeres es la principal causa de carga de enfermedad, tanto en los países de altos ingresos como en los de ingreso medio y bajo. (Ref. N° 6)

En Latinoamérica, un estudio de prevalencia en población general en tres grandes ciudades de Brasil<sup>7</sup>; encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1,9 y 5,9 para hombres y 3,8 a 14,5 en mujeres.

En Chile, existen dos estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población general. El estudio de Trastornos Mentales comunes en Santiago<sup>8</sup>, que utiliza la entrevista estructurada CIS-R, entrega prevalencia de una semana para “episodio depresivo” que incluye las principales categorías CIE-10 (F32.0, 01,10, 11 y F32.2). Este estudio muestra una prevalencia semanal total de 5,5%; (2,7% para hombres y 8,0% para mujeres). El otro estudio es el Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica<sup>9</sup>, realizado en cuatro ciudades grandes de Chile incluida Santiago. Los principales resultados se encuentran en la Tabla N° 4.

**Tabla N° 4: Prevalencia de Vida y 6 meses de Trastornos Depresivos en Chile, según DSM-III R (Entrevista estructurada CIDI)\***

Trastorno Depresivo	Hombres		Mujeres		Total	
	vida	6 meses	vida	6 meses	vida	6 meses
Trastorno Depresivo Mayor	6,4	3,0	11,3	6,0	9,0	4,6
Distimia	3,5	1,5	12,1	4,8	8,0	3,2

Existen otros estudios en poblaciones específicas, tales como el estudio de prevalencia de Trastornos Depresivos (DSM III-R) en consultantes de un policlínico general, el que arrojó una prevalencia puntual de 14,7% para hombres y 30,3% para mujeres<sup>10</sup>. El estudio en estudiantes de enseñanza media<sup>11</sup> (adolescentes), utilizando el Inventario de Beck, donde se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago.

Así mismo, los estudios sobre sintomatología ansiosa y/o depresiva en mujeres durante el embarazo, revelan prevalencias entre un 16,7% (Lemus y Yáñez, 1986) y un 35,2% (Jadresic et al. 1992). La tabla N° 5 muestra las prevalencias encontradas en distintos estudios realizados en mujeres durante el embarazo.

\* Vicente B, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). Rev Med Chile 2002; 130:527-536

**Tabla Nº 5 Prevalencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva durante el embarazo en Chile\***

<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Tamaño Muestral</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Nivel Socioeconómico</b>	<b>Prevalencia %</b>
Lemus y Yañez <sup>12</sup>	1986	60	GHQ-30	medio	<b>16,7</b>
Millán et al. <sup>13</sup>	1990	179	GHQ-20	Medio	<b>30,2</b>
Alvarado et al. <sup>14</sup>	1992	125	DSM III-R	medio-bajo y bajo	<b>30,4</b>
Jadresic et al. <sup>15</sup>	1992	108	RDC parcial	medio	<b>35,2</b>

En relación con los trastornos depresivos asociados al puerperio, se encontró una prevalencia de “Depresión Posparto” que va entre 27,7% en mujeres de nivel económico alto hasta 41,3% en mujeres de nivel económico bajo. En mujeres de mediana edad (45-55 años) de Temuco, tomadas de listados de centros de madres e ISAPRES, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 43,3%<sup>16</sup>.

El año 1996 se publicó el primer Estudio de Carga de Enfermedad<sup>17</sup> realizado en Chile, el que reveló que los cuadros depresivos ocupaban el 10º lugar entre las principales causas de discapacidad en población general, medida a través de los AVISA (años de vida ajustados por discapacidad, que incluye años de vida perdidos por muerte prematura y años perdidos por discapacidad). Los datos desagregados por sexo, mostraron que los trastornos depresivos ocupaban el segundo lugar entre las mujeres. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), los trastornos depresivos ocupaban el tercer lugar general y el primer lugar entre las mujeres.

Más recientemente, el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible<sup>18</sup>, realizado con base en los datos del año 2004, mostró que las Condiciones Neuropsiquiátricas, las Enfermedades Digestivas y las Enfermedades Cardiovasculares, concentran en conjunto el 51,2% del total de AVISA de la población chilena. En relación a los AVISA por causa específica, la enfermedad hipertensiva ocupa el primer lugar, seguida por los trastornos depresivos unipolares, los que dan cuenta del 4,5% del total de AVISA.

El análisis por grupos de edad mostró que el grupo de 20-44 años es el que concentra mayor cantidad de AVISA, con un 39,5% del total. En relación con los subgrupos de enfermedades, tanto en el grupo etario de 20 a 44 años, como en el de 45-59 años, el primer subgrupo de causas de AVISA, corresponde a las condiciones neuropsiquiátricas, cuya carga está influida principalmente por los trastornos del ánimo y dependencia de alcohol.

El Estudio Nacional de Co-morbilidad realizado por Kessler et al. (1994) en EEUU, mostró que las mujeres tenían frecuencias más altas que los hombres de comorbilidad de tres o más trastornos, tanto en prevalencia de toda la vida como en prevalencia del último año. Por ejemplo, entre los trastornos afectivos, el trastorno más común para las mujeres fue la depresión mayor, tanto en la prevalencia de vida como en la prevalencia de los últimos 12 meses (21,3% y 12,9% respectivamente). Entre los trastornos de ansiedad, la prevalencia

\* Conferencia Dr. Enrique Jadresic, Agosto 26 de 2008

de vida para fobia social y fobia simple fue de poco más de un 15%, mientras que en 12 meses la prevalencia fue del 9,1% y 13,2% respectivamente<sup>19</sup>.

Profundizando en el género como un factor a considerar en la detección, diagnóstico y tratamiento de la Depresión, sabido es que los primeros supuestos en el terreno de la salud mental atribuían los problemas de las mujeres a sus características biológicas para la reproducción e incluso hoy en día, la investigación sigue concentrándose en la relación hipotética entre los fenómenos relacionados con la reproducción, como la menstruación, el embarazo y la menopausia, y las tasas más altas de depresión en las mujeres<sup>20</sup>.

Sin embargo, ninguno de esos fenómenos explican por sí solos la diferencia entre los sexos en cuanto a la depresión (Astbury, 2002). En cambio, la investigación sobre la depresión postnatal identificó el apoyo de la pareja, el apoyo social, los sucesos de la vida, la experiencia de la maternidad y el temperamento del lactante como factores críticos de riesgo de depresión (Small et al., 1994, citado en Astbury, 2002). Ese sesgo no sólo ha contribuido a que se descuide el rol que tiene la reproducción en la salud mental de los hombres, sino que también ha conducido al retraso en descubrir los aspectos no reproductivos de la experiencia de depresión de las mujeres, tal como su riesgo más alto de morbilidad cardiovascular (Musselman et al., 1998, citado en Astbury, 2002).

Con todo, los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. La mayoría de las personas que sufren Depresión consultan por primera vez a médicos no especialistas o en el nivel primario de atención. Sin embargo, este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico o por el equipo de salud y no siempre son tratados en la forma correcta.

Esta situación debe ser revertida, ya que cuando la depresión no es tratada adecuadamente y de manera oportuna, conduce a cuadros recurrentes o de evolución crónica. Los trastornos depresivos y sus formas “encubiertas” por síntomas físicos o malestares diversos, frecuentemente producen confusión y frustración en el médico no especialista y en los equipos de salud, ya que generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas que sin mejorar a las personas, elevan los costos de la atención médica. En una primera instancia; la depresión, puede ser tratada con éxito por médicos no especialistas, en conjunto con profesionales de salud debidamente capacitados e implementar esquemas de seguimiento que apoyen la resolutividad de las acciones y la satisfacción de las personas que reciben atención<sup>21</sup>.

## 1.2 Alcance de la guía

### Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Esta Guía aborda la atención de personas de 15 años y más con depresión, en todos los niveles de atención del sistema público y privado de salud. Establece recomendaciones para el manejo tanto de la depresión leve como de la depresión moderada y grave, así como de la depresión en ciertos grupos específicos (mujeres durante el embarazo o post parto, adolescentes, adultos mayores entre otros) e incluye el enfoque de género.

## Usuarios a los que está dirigida la guía

Profesionales y técnicos que se desempeñan en los distintos niveles de atención del sistema de salud público y privado, a saber:

- Médicos Generales
- Médicos de Familia
- Psiquiatras
- Médicos especialistas no psiquiatras
- Enfermeras
- Matronas
- Asistentes Sociales
- Psicólogos
- Terapeutas Ocupacionales
- Nutricionistas
- Kinesiólogos
- Tecnólogos Médicos
- Técnicos Paramédicos
- Otros profesionales de la salud

### 1.3 Declaración de intención

Esta guía es una referencia para los profesionales de salud y las instituciones de salud, que proveen atención clínica a personas de 15 años y más, con diagnóstico de depresión. Su objetivo último es contribuir a que las personas afectadas por depresión reciban una atención de salud de la mejor calidad posible y en una modalidad costo–efectiva.

No fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para personas individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada persona.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella, sean debidamente fundadas en los registros de la atención de la persona.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

## **2. OBJETIVOS**

Esta guía es una referencia para la atención de personas de 15 años y más con diagnóstico de depresión, con los siguientes objetivos:

- Detectar en forma activa personas en grupos de riesgo para desarrollar depresión, teniendo presente las diferencias de género en la aparición de la enfermedad.
- Disminuir las complicaciones de la depresión y prevenir su cronicidad, mediante la detección precoz y el tratamiento oportuno, continuo, eficiente y considerando las particularidades de género, basado en las recomendaciones emanadas de la evidencia.
- Favorecer el uso racional de recursos mediante las recomendaciones de las intervenciones más costo efectivas para el tratamiento de personas de 15 años y más con depresión.

### **3. RECOMENDACIONES**

#### **3.1 Prevención primaria, tamizaje y sospecha diagnóstica**

##### ***Preguntas clínicas abordadas en la guía***

*¿Es posible prevenir la depresión?*

*¿Cuáles son los factores de riesgo para depresión?*

*¿Existen diferencias de género en los factores de riesgo para depresión?*

*¿Existen instrumentos de tamizaje para depresión?*

*¿Cuál es el impacto del trauma y estrés infantiles en la aparición y evolución de la depresión?*

##### **Síntesis de evidencia**

###### **Prevención Primaria**

Si bien existen algunos estudios que han demostrado alguna eficacia en la prevención primaria de trastornos depresivos, la fuerza de dicha evidencia aún es débil, no se conoce su costo-efectividad ni tampoco la pertinencia cultural para Chile. Por esta razón, con la evidencia disponible en la actualidad, no se recomienda la implementación de programas de prevención primaria de trastornos depresivos.

###### **Tamizaje**

En relación a la detección de casos, existen numerosos instrumentos de auto y hetero aplicación y se ha sostenido que son un método sencillo, rápido y de bajo costo para mejorar la detección y el tratamiento de la depresión en contextos no especializados, como en la atención primaria y el hospital general.

Gilbody S., House AO., Sheldon TA., realizaron un estudio para determinar la costo-efectividad clínica de los instrumentos de screening y detección de casos, en cuanto a mejorar el reconocimiento de la depresión, mejorar el tratamiento de la depresión y mejorar el resultado de la depresión<sup>22</sup>. Los autores realizaron búsquedas electrónicas en The Cochrane Library (Número 4, 2004), el Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Depresión, Ansiedad y Neurosis (Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group) (2004); EMBASE (1980-2004); MEDLINE (1966-2004); CINAHL (a 2004) y PsycLIT (1974-2004). Se incluyeron ensayos controlados aleatorios sobre la administración de instrumentos de detección de casos o cribaje (screening) para la depresión y sobre la retroalimentación (feedback) de los resultados de estos instrumentos a los clínicos, en comparación con ninguna retroalimentación (feedback) a los médicos. Los ensayos debían realizarse en contextos sanitarios no especializados en salud mental, como la atención primaria o el hospital general. Doce estudios con 5.693 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados de esta revisión mostraron que los instrumentos de detección de casos tuvieron un impacto límite sobre el reconocimiento general de la depresión por parte de los médicos, sin embargo, se encontró heterogeneidad sustancial en esta medida de resultado. Los autores concluyen que, si se utilizan aisladamente, los instrumentos de tamizaje y detección de casos de depresión tienen poco o nulo impacto en la detección y manejo de la depresión por parte de los clínicos. Sin

embargo, el uso de cuestionarios estandarizados para detección de depresión, en conjunto con programas estandarizados de tratamiento, sería recomendable.

En Chile, está validado<sup>23</sup> y ha sido ampliamente utilizado para el tamizaje de depresión, el Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-12), por lo que se recomienda para ser utilizado en todo consultante del sistema de salud de 15 años y más, como instrumento de tamizaje autoaplicado (Anexo N° 4), considerándose sospecha de depresión un puntaje igual o mayor de 5 puntos.

Para la Depresión Post Parto, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo ha sido validada en Chile como instrumento de tamizaje que mejora sustancialmente la tasa de detección<sup>24,25</sup>. La recomendación es aplicar este instrumento a todas las madres en la semana 6 a 8 después del parto. Un puntaje igual o superior a 11 puntos indica sospecha de depresión post parto (Anexo N° 5).

### **Sospecha diagnóstica**

En relación con los factores de riesgo, hoy se sabe que algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Este riesgo es mayor en el caso de los trastornos bipolares. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, lo que sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, tales como factores bioquímicos, ambientales y psicosociales<sup>26</sup>.

Sea hereditario o no, el trastorno depresivo grave está asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales, particularmente en la bioquímica del cerebro, pero se desconoce el origen de este desequilibrio en los neurotransmisores, sin embargo, se ha logrado demostrar que los factores genéticos deben ser activados por un severo estrés. Además, existen antecedentes de traumas por abuso sexual en la infancia en más del 25% de las personas que presentan depresión en edad adulta (Sepúlveda, Jorge. Ref. 29).

Uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la depresión, de sus manifestaciones más graves y de su asociación con co-morbilidad es la historia de eventos biográficos traumáticos sufridos en las primeras etapas de la vida. De ellos, los antecedentes de abuso físico y sexual infantil se encuentran entre un 30-50% de las mujeres consultantes por depresión y se asocian en forma importante a comorbilidad con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), cronicidad, suicidalidad y re-traumatización en las relaciones interpersonales de la adultez, lo que –sumado a la mala adherencia– hace difícil un tratamiento exitoso en estas personas<sup>27</sup>.

Las experiencias traumáticas infantiles son iguales de frecuentes en hombres y mujeres. Sin embargo, específicamente el abuso sexual infantil, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en mujeres<sup>28</sup>.

El abuso sexual infantil es un estresor que puede predisponer a los sujetos a depresión a través de la desregulación del eje hipotálamo hipofisiario adrenal. La exposición a este evento traumático, en etapas del desarrollo, donde hay mayor sensibilidad para la desregulación en mujeres, se encuentra a la base de las diferencias de género asociadas a este trauma en particular y desarrollo de la



enfermedad depresiva.

En 1999, Numhauser y Cols<sup>29</sup>, estudiaron un grupo de 145 mujeres de Chiloé, encontrando en 135 casos el antecedente de situaciones traumáticas durante la infancia. Este mismo autor, durante el 2004, estudió una muestra de 153 mujeres elegidas aleatoriamente en Chiloé, encontrando que un 20,3% presentaba síntomas depresivos aislados y un 5,9% padecía de un trastorno depresivo. Observó además que la mediana de eventos traumáticos en la infancia, crecía a medida que el cuadro clínico se tornaba más intenso. El abuso sexual, con o sin violación, fue reportado en esta muestra en un 10,5%<sup>30</sup>.

Durante el 2002, Florenzano y cols., en un estudio empírico en 159 mujeres hospitalizadas en dos centros asistenciales de la capital, utilizando una escala de screening para determinar trauma infantil, encontró que un 63,1% recordaban al menos un acontecimiento traumático en la infancia. El ítem separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes fue el más evocado con un 34%. El contacto sexual forzado figura con 10,1% con pariente y con 6,3% por no familiar. Además se concluyó que existía asociación estadística entre trauma y somatización<sup>31</sup>.

En el año 2004, Weil y otros, en una muestra de 505 pacientes hospitalizados en cuatro hospitales del país (48% mujeres y 52% hombres), describieron que un 55% de la muestra recordó al menos un suceso traumático infantil, destacando la elevada frecuencia de diagnósticos psiquiátricos específicamente de trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático y trastornos por somatización<sup>32</sup>.

El año 2002, se estudiaron 173 mujeres consultantes crónicas al servicio de psiquiatría del Hospital Base de Curicó por diversas patologías, aplicando en ellas la misma escala de screening para pesquisar trauma infantil, encontrándose que un 82% de ellas recordó al menos un antecedente traumático, siendo el contacto sexual forzado señalado por un 42% de la muestra, con predominio de abuso por familiar. Este evento había sido señalado por sólo un 18% en forma previa al estudio a algún miembro del equipo de salud. La depresión se correlacionó positivamente con casi todos los eventos traumáticos infantiles y la mayoría de estas pacientes presentaban importantes dificultades en sus relaciones interpersonales<sup>33</sup>.

Estos hallazgos también fueron confirmados por Cancino y cols. en el año 2006 en el centro de atención primaria *Curicó Centro*, que mostró que un 53% de los pacientes ingresados por depresión presentaba antecedentes de abandono, abuso físico y sexual infantil. Este trabajo mostró que estos antecedentes se presentaban con igual frecuencia en hombres y mujeres consultantes por depresión<sup>34</sup>.

Otra de las consecuencias a largo plazo del maltrato y abuso sexual infantil es su impacto transgeneracional. Un estudio nacional, realizado en el Hospital Calvo Mackenna constató la relación entre el abuso sexual de los hijos con el antecedente de abuso sexual de sus madres<sup>35</sup>.

Otro aspecto de la perpetuación transgeneracional de la compleja relación entre depresión y trauma infantil dice relación con la sintomatología depresiva que presentan los hijos de madres con depresión. Un estudio realizado en 5 Consultorios de Atención Primaria de la Región Metropolitana<sup>36</sup>, mostró que los hijos de madres

deprimidas presentan una alta prevalencia de problemas conductuales y emocionales (49,8%).

Estas cifras son mayores a los resultados obtenidos por investigaciones llevadas a cabo en nuestro país en niños de la población general (15%), utilizando el mismo instrumento de evaluación. Otros estudios realizados en Chile en la comunidad escolar han encontrado prevalencias de 24% y 32% de trastornos psiquiátricos<sup>37</sup>. Los resultados obtenidos son concordantes con otro estudio realizado en Chile en hijos de madre con trastorno bipolar, en los que se encontró que 46,3% de los hijos tenía algún trastorno en la salud mental<sup>38</sup>.

Investigaciones internacionales realizadas en hijos de madres con depresión, llevadas a cabo en Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos de Norteamérica y Reino Unido, también han encontrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en éstos (con cifras entre 41% a 77%), mostrando que tienen 2 a 5 veces más riesgo de presentar sicopatología que la población general<sup>39, 40</sup>. Estas cifras son similares a las encontradas en el estudio realizado por Beardslee et al. en 1988. No existen publicaciones sobre estudios en hijos de padres con patología depresiva en países en vías de desarrollo, que nos permita comparar las diferencias que se puedan encontrar en países con distintos grados de desarrollo<sup>41</sup>.

Entre los factores ambientales que contribuyen a la aparición de depresión se encuentran la pérdida de un ser querido, problemas en una relación personal, problemas económicos, un cambio significativo en la vida o cualquier situación estresante en la vida. Del mismo modo, el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o crónica. Además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo presenta dependencia a alcohol u otras drogas.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas, tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva<sup>42</sup>.

Así mismo, ciertos factores psicológicos y sociales se asocian al desarrollo de una depresión. En efecto, las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida, tendencia a la preocupación excesiva, son más propensas a padecer de depresión. Del mismo modo, la crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia. Algunos expertos han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de Depresión en la mujer<sup>43</sup>.

Se ha visto que los factores psicosociales contribuyen significativamente tanto a la depresión como a la ansiedad, con un riesgo poblacional atribuible estimado de 60% a 65%, basado en series de muestras poblacionales<sup>44, 45, 46</sup>. Sin embargo, hay evidencia de que circunstancias sociales adversas actuales, con excepción de aquellos acontecimientos que impliquen peligro o amenacen seriamente la vida, son menos relevantes para el desarrollo de la ansiedad que la adversidad vivida en la infancia. A

la inversa, la adversidad en la infancia, las marcadas dificultades interpersonales actuales, la falta de apoyo social y los acontecimientos de vida graves, todos parecen estar relacionados con la depresión. También hay un aumento del riesgo de un episodio depresivo en un trastorno de ansiedad en curso<sup>47, 48, 49</sup>.

En relación con el género, factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos o de algún familiar gravemente enfermo o postrado.

Al parecer, la diferencia entre hombres y mujeres en el riesgo de desarrollar depresión es comparativamente mayor en Chile y las explicaciones para ello se encuentran más en el género que en el sexo<sup>50</sup>. Factores como el nivel educacional, la combinación mujer y pobreza, una escasa red social de apoyo, el número de hijos menores de 15 años y las condiciones laborales se relacionan con el mayor riesgo de depresión en la mujer chilena<sup>51</sup>.

La violencia en la pareja tiene un alto impacto negativo en la salud mental de las mujeres. La evaluación realizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile del “Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en APS”, estableció una relación estadísticamente significativa entre depresión y violencia de pareja. El 51,4% de las mujeres con pareja, usuarias del Programa de la Depresión, refirieron haber vivido algún tipo de episodio de violencia en los últimos dos meses y la presencia de violencia de cualquier tipo se asociaba a una mayor severidad del cuadro depresivo<sup>52</sup>.

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, tiende a ser más reacio para admitir que tiene depresión, por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer, por lo que la depresión en el hombre suele subdiagnosticarse. Por otra parte, la depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo<sup>53</sup>.

En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión.

En su estudio inicial, Brown y Harris (1978), identificaron cuatro factores de vulnerabilidad que incrementan el riesgo que una mujer desarrolle depresión en presencia de un evento de vida estresante. Estos factores son: la pérdida de sus padres antes de los 17 años, en particular la pérdida de la madre antes de los 11

años, la presencia en el hogar de tres o más hijos menores de 14 años, una relación de pareja empobrecida y sin confianza<sup>54</sup>.

En otro estudio, Brown, Harris y Hepworth (1995), encontraron que el 85% de las mujeres en la comunidad (en oposición a un grupo de pacientes) que desarrollaron depresión durante los 2 años del estudio, experimentó un evento vital estresante grave en los 6 meses antes del inicio de la enfermedad. Estos autores plantean que, para que se desarrolle una depresión, el o los eventos vitales estresantes graves deben estar acompañados por agentes desencadenantes y factores de vulnerabilidad, especialmente aquellos asociados con baja autoestima y falta de apoyo<sup>55</sup>.

Por otra parte, la autonomía y el control, en oposición al entrampamiento y la humillación, parecen desempeñar un papel importante en reducir el riesgo de depresión, aunque se produzca en un contexto que, de otro modo podrían ser consideradas como pérdidas. En este sentido, Brown, Harris y Hepworth (1995) encontraron que la depresión tras una separación está mediada por la presencia o ausencia de control. Cuando la separación la inició la mujer, sólo alrededor del 10% desarrollaron depresión. Por otra parte, cuando la separación se inició casi en su totalidad por la otra persona, alrededor de la mitad de las mujeres desarrollaron una depresión. La tasa de depresión aumentó también en los casos en que el descubrimiento de la infidelidad no fue seguido por la separación (Brown 1995, Ref 60).

En resumen, se puede afirmar que las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

**Tabla Nº 6 Factores de Riesgo Asociados a Depresión**

<b>FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN</b>
Historia Familiar de Depresión.
Eventos biográficos traumáticos sufridos en la infancia (antecedentes de abuso físico y sexual).
Pérdida de un ser querido en los últimos 6 meses.
Problemas en una relación personal.
Conflicto familiar severo.
Violencia Intrafamiliar – Violencia de pareja.
Un cambio significativo en la vida o cualquier situación estresante en la vida.
Separación conyugal en el último año.
Pérdida del trabajo en los últimos 6 meses.
Conflicto laboral severo (con daño de autoestima).
Problemas económicos.
Enfermedad física o dolor crónico.
Discapacidad psíquica o física, personal o de familiar.
Abuso de alcohol y/o drogas.
Vivir sola/o.
Parto reciente o vive con hijo menor de 6 años.
Escasa participación y apoyo en red social.
Pérdida de la madre (antes de los 11 años).
Antecedente de suicidio en la familia.
Episodio depresivo anterior.
Alteraciones del sueño en adultos mayores.
Género femenino.

**Recomendaciones según nivel de evidencia y grado de recomendación:**

<b>Tamizaje:</b> Aplicar el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12) a consultantes en el sistema de salud de 15 años y más.	<b>1A</b>
Aplicar la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo a todas las mujeres en el 2º y 6º meses posteriores al parto.	<b>1A</b>
<b>Sospecha diagnóstica:</b> Ante la sospecha de Depresión, por tamizaje positivo o presencia de varios factores de riesgo, derivar a médico general o médico de familia para confirmación diagnóstica.	<b>4C</b>

### 3.2 Confirmación diagnóstica

#### Preguntas clínicas abordadas en la guía

- ¿Cuáles son los síntomas y la presentación clínica de la depresión?*
- ¿Con qué condiciones o patologías puede confundirse la depresión?*
- ¿Cuáles son las comorbilidades más frecuentemente asociadas?*
- ¿Qué tipos de depresión existen? ¿Cómo se diferencia cada una?*
- ¿Cuál es curso clínico de la enfermedad?*
- ¿Qué factores de género deben ser considerados para el diagnóstico de la depresión?*

#### Síntesis de evidencia

##### Clasificación de los Trastornos Depresivos

Actualmente existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas. La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM IV-TR). Para los efectos de esta guía, será utilizada la clasificación internacional CIE 10.

**Tabla N° 7 Trastornos Depresivos según CIE 10**

Trastorno Depresivo	Código CIE 10		
	Leve	Moderado	Grave
Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo	F31.3	F31.3	F31.4 – 5*
Episodio Depresivo	F32.0	F32.1	F32.2 – 3*
Trastorno depresivo recurrente	F33.0	F33.1	F33.2 – 3*
Distimia	F34.1		

\* F31.5; F32.3 y F33.3 corresponden a cuadros depresivos graves con síntomas psicóticos.

##### Episodio depresivo

Los episodios depresivos, independientemente de su gravedad, se caracterizan por un decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad, reducción de la capacidad de disfrutar (anhedonia), interesarse y concentrarse, cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo. Habitualmente el sueño está alterado y hay disminución del apetito, así como reducción de la autoestima y la confianza en uno mismo y sentimientos de culpa o inutilidad.

El decaimiento del ánimo cambia poco día a día y es discordante con las circunstancias. Puede acompañarse de síntomas tales como insomnio de despertar precoz; empeoramiento matinal de los síntomas; retraso psicomotor; pérdida del apetito, peso y de la libido.

El diagnóstico es clínico y debe hacerse en entrevista que utilice los criterios diagnósticos del CIE 10 para Episodio depresivo (Tabla N° 8).

**TABLA Nº 8: Criterios Generales para diagnóstico de Depresión**

Criterios diagnósticos generales para Episodio Depresivo	
G1.	El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
G2.	No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, en ningún período de la vida del individuo.
G3.	Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

En adolescentes se utilizan los mismos criterios diagnósticos que en adultos; con el agregado de que pueden existir conductas de riesgo de tipo autoagresivas (no suicidas), además, bajo rendimiento escolar y aislamiento social. El ánimo depresivo en algunos casos, se expresa más como irritabilidad que como depresión del ánimo. Puede haber consumo de sustancias y conductas antisociales, las cuales no reflejan necesariamente un trastorno de personalidad.

La gravedad de la depresión va a depender del número y severidad de los síntomas y se clasifica utilizando los Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo, según la Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Tablas Nº 9,10 y 11).

#### **Episodio depresivo leve**

La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, enumerados en la Tabla Nº 8, hasta sumar un total de, al menos, cuatro síntomas.

**TABLA Nº 9: Criterios diagnósticos para episodio depresivo leve**

Criterios para diagnóstico de Episodio Depresivo Leve	
A.	Debe cumplirse los criterios generales para episodio depresivo (Tabla Nº 8).
B.	Presencia de, al menos, dos de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.</li> <li>2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.</li> <li>3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.</li> </ol>
C.	Presencia de síntomas adicionales de la siguiente lista, para sumar un total de al menos cuatro síntomas. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.</li> <li>2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.</li> <li>3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.</li> <li>4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.</li> <li>5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.</li> <li>6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.</li> <li>7. Cambios del apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso.</li> </ol>

### **Episodio depresivo moderado (Tabla N° 10)**

La persona probablemente tenga grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, enumerados en la Tabla N° 9, hasta sumar un total de, al menos, seis síntomas.

**TABLA N° 10: Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo Moderado**

<b>Criterios para diagnóstico de Episodio Depresivo Moderado</b>
<p>A. Debe cumplirse los criterios generales para episodio depresivo.                      B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas descritos en el criterio B (Tabla N° 9).                      C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C (Tabla N° 9), para sumar un total de al menos seis síntomas.</p>

### **Episodio depresivo grave (Tabla N° 11)**

Las personas con depresión grave 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.

Si aparecen síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, se denomina 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.

Para el diagnóstico de depresión grave deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, presentados en la Tabla N° 9, con un mínimo de ocho síntomas en total.

**TABLA N° 11: Criterios Diagnósticos para Episodio Grave**

<b>Criterios para diagnóstico de Episodio Grave</b>
<p>A. Debe cumplirse los criterios generales para episodio depresivo.                      B. Presencia de los tres síntomas descritos en el criterio B (Tabla N° 9).                      C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C (Tabla N° 9), hasta un total de al menos ocho.                      D. Presencia o no de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.</p>

### **Trastorno Depresivo Recurrente (Tabla N° 12)**

La Depresión puede presentarse como episodio depresivo único o como un trastorno recurrente, caracterizado por episodios repetidos de depresión, sin antecedentes de episodios independientes de elevación del estado de ánimo o aumento de energía (manía). El primer episodio puede producirse a cualquier edad y el inicio puede ser tanto agudo como insidioso. La duración de cada episodio puede variar de pocas semanas a muchos meses.



**TABLA Nº 12: Criterios Diagnósticos para Trastorno Depresivo Recurrente**

Criterios diagnósticos para Trastorno Depresivo Recurrente
<p>G1. Ha habido al menos un episodio depresivo previo, leve, moderado o grave, con una duración mínima de dos semanas y separado del episodio actual por, al menos, dos meses libres de cualquier alteración significativa del estado de ánimo.</p> <p>G2. En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco.</p> <p>G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.</p> <p style="text-align: center;">Se recomienda especificar el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto)</p>

**Distimia (Tabla Nº 13)**

Es una alteración crónica del estado de ánimo que dura varios años y no es suficientemente grave o con episodios no lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, en cualquiera de sus formas.

**TABLA Nº 13: Criterios Diagnósticos para Distimia**

Criterios diagnósticos para Distimia
<p>A. Presencia de un período de, al menos, 2 años de humor depresivo constante o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de ánimo normal, raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía.</p> <p>B. Ninguno o muy pocos episodios individuales de depresión cuando los hay; debe ser lo suficientemente severo para cumplir los criterios de un trastorno depresivo recurrente leve.</p> <p>C. Presencia de, por lo menos, 3 de los siguientes síntomas, en al menos alguno de los períodos de depresión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminución de la energía o de la actividad.</li> <li>2. Insomnio.</li> <li>3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.</li> <li>4. Dificultad para concentrarse.</li> <li>5. Llanto fácil.</li> <li>6. Pérdida de interés o satisfacción por la actividad sexual y otras actividades placenteras.</li> <li>7. Sentimiento de desesperanza o desesperación.</li> <li>8. Percepción de incapacidad para enfrentar las responsabilidades habituales.</li> <li>9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.</li> <li>10. Aislamiento social.</li> <li>11. Disminución de la locuacidad.</li> </ol>

### **Factores de Género a considerar en el diagnóstico de la Depresión**

El alto grado de violencia sexual al que las mujeres están expuestas y la correspondiente elevada tasa de estrés postraumático que aparece tras sufrir esta violencia, convierte a las mujeres en el mayor grupo de personas afectadas por este trastorno, a menudo combinado con episodios de depresión. Es fundamental entonces, que durante el proceso diagnóstico se indague activamente por los antecedentes traumáticos biográficos.

Al momento de realizar el diagnóstico de depresión, es necesario considerar además que los médicos tienen una mayor tendencia a diagnosticar depresión a mujeres que a hombres y que existe una mayor probabilidad de que a las mujeres se les receten medicamentos psicotrópicos que alteran el estado de ánimo.

Por otra parte, se sabe también que existen diferencias de género en los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno psicológico. Es más probable que las mujeres soliciten ayuda y que revelen que tienen problemas mentales a su médico de atención primaria de la salud, mientras que existen más probabilidades de que los hombres soliciten asistencia a un especialista en salud mental y sean hospitalizados. Los estereotipos de género que indican que las mujeres tienen propensión a los problemas emocionales y los hombres a los problemas con el alcohol parecen reforzar el estigma social y suponen un obstáculo a la hora de solicitar ayuda utilizando las vías normales. Constituyen una barrera para la identificación adecuada y el tratamiento de los trastornos mentales.

### **Curso Clínico de la Depresión**

Existen diferencias en el curso clínico y en el perfil de los síntomas de la depresión en hombres y mujeres. En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de Depresión Mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres<sup>56</sup>.

En la mayoría de las personas afectadas (80%), la depresión se produce de un modo lentamente gradual y la progresión avanza con relativa rapidez, con un estilo subagudo. Esta progresión gradual se torna acelerada con momentos de agudización en el 15% de los casos. El 20% restante, se reparte entre un 15% donde la presentación sorprende por su carácter repentino y un 5% con un curso fluctuante, o sea con frecuentes oscilaciones entre la mejoría y el empeoramiento<sup>57</sup>.

La repetición o recurrencia se define como la reaparición de la sintomatología después de un periodo libre de síntomas superior a 6 meses. Si el intervalo de tiempo es menor, se interpreta como una *recaída*.

Los antecedentes traumáticos infantiles, específicamente el abuso sexual infantil, se asocia a mayor severidad de la patología depresiva<sup>58</sup>, suicidalidad y conductas autodestructivas<sup>59, 60</sup>.

**Síntomas depresivos en otras enfermedades orgánicas y trastornos mentales**

Existen muchas enfermedades y trastornos de origen somático que presentan síntomas depresivos. Entre las más frecuentemente se encuentran las enfermedades endocrinas tales como el hipotiroidismo y la diabetes, Neoplasias, Mesenquimopatías y las Enfermedades infecciosas virales y bacterianas. En la Tabla Nº14 se presentan las principales enfermedades médicas asociadas a la Depresión.

**TABLA Nº 14: Algunas enfermedades médicas relacionadas con trastornos depresivos (asociación, co-ocurrencia, complicaciones).**

<b>a) Sistema nervioso</b>		<b>b) Endocrinopatías, metabolopatías y enfermedades carenciales</b>	
- Enfermedad de Parkinson.	- Esclerosis múltiple.	- Hiper/hipotiroidismo.	- Síndrome adiposogenital.
- Parálisis supranuclear progresiva.	- Epilepsias.	- Enfermedad de Cushing.	- Hiperaldosteronismo.
- Corea de Huntington.	- Traumatismo craneoencefálico.	- Enfermedad de Addison.	- Porfiria.
- Miastenia gravis.	- Otras afecciones degenerativas.	- Hiper/hipoparatiroidismo.	- Síndrome de Klinefelter.
- Hidrocefalia normotensiva.	- Enfermedad de Wilson.	- Hipoglucemia.	- Hipovitaminosis B12.
- Demencias.	- Tumores del SNC.	- Anemia.	- Déficit de Acido fólico.
- Accidente vascular cerebral.	- Migrañas.	- Diabetes.	- Déficit de niacina (pelagra).
- Hemorragia subaracnoidea.	- Narcolepsia.	- Hiperprolactinemia.	
	- Apnea obstructiva del sueño.		
<b>c) Enfermedades infecciosas</b>		<b>d) Enfermedades reumáticas y sistémicas</b>	
Virales :	Bacterianas :	- Artritis Reumatoidea. - Lupus Eritematoso. - Arteritis de la temporal. - Síndrome de Sjögren.	
- Encefalitis.	- Tuberculosis.		
- Hepatitis.	- Fiebre tifoidea		
- Mononucleosis infecciosa.	- Urogenitales.		
- Gripe.	- Enfermedad de Lyme.		
- VIH.			
<b>e) Enfermedades gastrointestinales</b>		<b>f) Neoplasias</b>	
- Enfermedad de Crohn		- Cáncer de páncreas	
<b>g) Enfermedades cardiopulmonares</b>		<b>i) Intoxicaciones</b>	
<b>h) Enfermedades renales y uremia</b>		- Plomo	- Bismuto
		- Benceno	- Quinina
		- Mercurio	- Monóxido de carbono

Adaptado de Menchón y col., Interconsulta Psiquiátrica, p.73. Masson 1997.

Estas enfermedades deben ser consideradas y descartadas mediante anamnesis, examen físico y exámenes recomendados en Tabla Nº 15, de acuerdo al criterio clínico del médico.

**TABLA Nº 15: Exámenes recomendados para diagnóstico diferencial**

Para las personas con sospecha de depresión	Según circunstancias clínicas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma</li> <li>- Glicemia</li> <li>- TSH</li> <li>- T3, T4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas Hepáticas</li> <li>- Nitrógeno ureico</li> <li>- Creatininemia</li> <li>- Electrocardiograma</li> <li>- Electroencefalograma</li> <li>- Screening de Drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil lipídico</li> <li>- TAC de cerebro</li> <li>- Electrolitos plasmáticos.</li> <li>- Test psicológicos (WAIS, Bender BIP, Rorschach)</li> </ul>

### **Comorbilidad Psiquiátrica**

Además de los Trastornos del Humor objeto de esta guía; existen otros trastornos psiquiátricos incluidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades que presentan síntomas depresivos. Dentro de los trastornos de ocurrencia más frecuente se encuentran el Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) y los Trastornos de adaptación (F43.2).

Campos, M. S. y Martínez-Larrea J. A., estudiaron la comorbilidad de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales, centrándose en los trastornos de ansiedad, esquizofrenia, dependencia de sustancias psicoactivas, trastornos de alimentación, trastornos de personalidad y trastornos obsesivo-compulsivos. El estudio consistió en una revisión de numerosos estudios y de diferentes orientaciones diagnósticas, encontrándose una alta prevalencia de síntomas y/o trastornos afectivos en concomitancia con otros trastornos mentales. Para los Trastornos Ansiosos se encontraron prevalencias de comorbilidad a lo largo de la vida de un 50%. En relación con la esquizofrenia, los estudios muestran que a menudo la depresión puede confundirse con el síndrome negativo o con los efectos de los antipsicóticos. Tratándose de los trastornos de alimentación, se encontró una asociación más consistente entre depresión y bulimia. Respecto al resto de patologías estudiadas (dependencia de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad y trastorno obsesivo compulsivo), se observaron cifras altas de comorbilidad<sup>61</sup>.

La comorbilidad psiquiátrica impacta tanto en el pronóstico clínico de la Depresión como sus consecuencias sociales, puesto que por una parte aumenta la persistencia sintomática, la tendencia a la cronicidad y el riesgo de mortalidad, a la vez que disminuye la respuesta a los tratamientos y por otra parte disminuye el rendimiento laboral y aumenta el uso de recursos (Campos, MS 2002. Ref.66). Es por tanto fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial, evaluando la comorbilidad especialmente con trastornos por estrés post traumático, trastornos de ansiedad, somatización, trastornos disociativos, abuso de sustancias, trastorno de la alimentación, trastorno de personalidad, conductas autodestructivas y violencia intrafamiliar<sup>62</sup>.

En relación con la comorbilidad de Depresión y Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), el estudio realizado por Zlotnick el año 2006<sup>63</sup>, encontró que un 33% de las mujeres con TEPT tenían al mismo tiempo el diagnóstico de Distimia y un 18,3% el de Depresión Mayor. El TEPT lo presentan con doble frecuencia las mujeres que los hombres y el factor de riesgo más importante encontrado para el desarrollo del TEPT fue el abuso sexual infantil. El TEPT es altamente subdiagnosticado en las muestras clínicas.

En Curicó en el año 2006, se encontró un 49,2 % de TEPT en mujeres con depresión severa<sup>64</sup>.

Finalmente es necesario considerar en el diagnóstico (y por supuesto en el tratamiento), las complejidades particulares que presentan aquellas mujeres con depresión crónica, comorbilidad con cuadros ansiosos, inestabilidad afectiva y dificultades interpersonales con historia de antecedentes traumáticos interpersonales. La comorbilidad depresión-TEPT, se asocia a mayor abandono de los tratamientos en pacientes con depresión<sup>65</sup>.

### **Depresión durante el embarazo y en el postparto**

Los síntomas de la depresión durante el embarazo y en el post parto no difieren de los de la de depresión en otras etapas de la vida, es decir, existe estado de ánimo bajo y sentimientos de culpa, pero en la depresión post parto sobresale la tendencia al llanto y la labilidad emotiva. Las ideas de culpa se refieren a la situación de la maternidad, hay sentimiento de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves<sup>66</sup>.

Estos cuadros no se diagnostican, porque se piensa que son cambios emocionales normales y no depresiones, en especial cuando aparecen más tardíamente en relación al parto, de modo que el alta al hogar puede coincidir con el inicio de la enfermedad; además, los profesionales de la salud se centran más en la salud física de la madre y del niño y suelen no estar suficientemente entrenados para detectar estos problemas. Finalmente, las mismas madres no consultan por temor a defraudar a los demás o porque piensan que lo que les sucede es algo normal, sobre todo en las primíparas.

Algunos síntomas propios de la depresión como decaimiento, astenia, insomnio, alteraciones del apetito y labilidad emocional pueden estar presentes en embarazos normales. Por otra parte, tanto la anemia como la diabetes gestacional y la disfunción tiroidea, que a menudo se asocian a síntomas depresivos, frecuentemente se dan en mujeres grávidas. Por lo anterior es necesario buscar sistemáticamente durante el embarazo los síntomas psíquicos de depresión, a saber, anhedonia, sentimientos de culpa, desesperanza e ideación suicida (Jadresic, E. 2004 Ref. 66).

### **Criterios de Derivación a Especialidad**

Existe sin duda un consenso generalizado acerca del rol fundamental de la atención primaria en la prevención, el tratamiento precoz y la recuperación de la salud. De este modo, la atención primaria tiene un papel principal en la reducción de la carga de trastornos mentales comunes, como la depresión<sup>67</sup>.

En efecto, Dawson et all. (2004) realizaron un meta-análisis para determinar las tasas de remisión de la depresión tratada en el nivel primario de atención, considerando que la gran mayoría de personas con depresión son tratadas en este nivel. La revisión mostró que las tasas de remisión de la depresión tratada en el nivel primario, son al menos iguales a las tasas de remisión de las depresiones tratadas en el nivel de especialidad. Los autores plantean que la remisión de síntomas es una meta realista como resultado óptimo en el tratamiento de la depresión a nivel primario<sup>68</sup>.

De este modo, la recomendación de esta guía es que las personas con depresión sean tratadas en el nivel primario de atención, derivando a especialidad sólo cuando se cumplan las siguientes 4 condiciones:

### I. Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos (Tabla N° 16)

Los síntomas que presenta la persona cumplen los criterios para episodio depresivo, pero hay además presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o estupor suficientemente graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo. El diagnóstico se realiza utilizando los criterios CIE-10 presentados en la tabla N°16.

**TABLA N° 16: Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos**

<b>Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos</b>
<p>A. Deben cumplirse los criterios generales para episodio depresivo.</p> <p>B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, a excepción del criterio D.</p> <p>C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia ni de trastorno esquizoafectivo.</p> <p>D. Presencia de cualquiera de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes de las típicas de la esquizofrenia. Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio.</li><li>2. Estupor depresivo.</li></ol> <p>Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo.</p>

### II. Episodio Depresivo Actual en Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar se caracteriza por dos o más episodios, en los cuales el humor y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados, en algunas ocasiones presenta un humor elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía y manía), y en otras un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión).

El diagnóstico se realiza utilizando los criterios CIE-10 presentados en las tablas N°17, 18 y 19.

**TABLA N° 17: Criterios para diagnóstico de Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado**

<b>Criterios diagnósticos para Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado</b>
A. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo leve o moderado. B. Ha existido al menos otro episodio afectivo en el pasado que cumplía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco o de episodio de trastorno del humor mixto.

**TABLA N° 18: Criterios para diagnóstico de Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos**

<b>Criterios diagnósticos para Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos</b>
A. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. B. Ha existido al menos un episodio en el pasado bien comprobado de hipomanía o manía, o trastorno del humor mixto.

**TABLA N° 19: Criterios para diagnóstico de Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos**

<b>Criterios diagnósticos para Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos</b>
A. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. B. Ha existido al menos un episodio en el pasado, bien comprobado, de hipomanía o manía, o trastorno del humor mixto.
Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo.

### III. Episodio Depresivo con Alto Riesgo Suicida

La relación entre suicidio y trastornos psiquiátricos, está bastante documentada en la literatura nacional e internacional. Se estima que más de dos tercios de las personas que cometen suicidio y las que intentan suicidarse, eran o son portadoras de una enfermedad mental, principalmente depresión<sup>69</sup>. El comportamiento suicida en personas con trastornos afectivos graves se caracteriza además por una alta mortalidad<sup>70</sup>.

El estudio realizado por Pompili y col. (2008)<sup>71</sup>, mostró que las personas con depresión son altamente vulnerables a la conducta suicida, especialmente las mujeres, puesto que son el grupo que hace mayores intentos de suicidio. Los autores concluyen entre otros, que es indispensable detectar tanto la agresividad e impulsividad como los intentos de suicidio en personas con depresión.

El intento de suicidio es el principal factor de riesgo suicida en depresión, el que eleva en 40 veces la posibilidad de morir por un acto suicida. Se considera que un intento suicida es severo cuando existe:

1. Presencia de método de elevada letalidad (intento de ahorcamiento, uso de arma de fuego, gas o venenos, salto desde altura).
2. Alta intención suicida (premeditación, búsqueda de aislamiento o soledad, búsqueda de la muerte, ocultamiento o negación del intento).

**TABLA N° 20: Factores de Riesgo de Suicidio en Personas con Depresión**

Factores de Riesgo para Suicidio	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad severa.</li> <li>- Desesperanza.</li> <li>- Impulsividad.</li> <li>- Antecedentes de intentos de suicidios anteriores.</li> <li>- Antecedentes de suicidio en la familia.</li> <li>- Ideación suicida, verbalizaciones suicidas, planificación del acto suicida.</li> <li>- Anhedonia.</li> <li>- Comorbilidad con el Eje II.</li> <li>- Perdida reciente de personas significativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso o dependencia de alcohol u otras drogas.</li> <li>- Aislamiento social, vivir sólo/a, pérdida de soporte o apoyo social.</li> <li>- Problemas económicos y laborales.</li> <li>- Problemas maritales.</li> <li>- Problemas de estrés o acontecimientos vitales.</li> <li>- Comorbilidad con enfermedad médica de carácter crónico.</li> </ul>

La evaluación del riesgo suicida requiere de una anamnesis completa y un examen del estado mental. Es importante determinar si existen:

**Ideas suicidas:** Determinar intensidad y frecuencia (esporádicas o persistentes), elaboración y las consecuencias que tienen en el psiquismo del consultante. Es importante señalar que este tipo de ideas son relativamente frecuentes en la población general.

**Intención suicida.** Es el grado en que el consultante pretende llevar a cabo sus ideas, cómo va concretizando la intención. Un ejemplo de ello sería que la persona hubiese puesto en orden sus asuntos (Ej.: hacer un testamento).

**Planes suicidas.** Se refieren a la forma cómo la persona ha pensado quitarse la vida (mecanismo, lugar, hora, con qué medio, donde lo conseguiría, dejaría nota de despedida o no, tomaría provisiones para no ser “salvado” o para sí serlo). Se debe preguntar abierta y explícitamente, sobre el modo cómo el paciente ha pensado llevar a cabo sus ideas. Dependiendo de sus características, la ideación suicida tiene distintos grados de riesgo, tal como se muestra en la tabla N° 21.



**TABLA Nº 21: Clasificación de las Ideaciones Suicidas<sup>(\*)</sup>**

Riesgo	Conducta
Leve	sólo ganas de morir.
Moderado	ganas de morir con esbozo de planificación.
Grave	decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción, con método.

(\*)Robledo Hoecker, Paz. XL Curso de Post Grado, "Actualidades en Pediatría", "I Encuentro de Ex – Becarios Hospital Luis Calvo Mackenna", Santiago , 2007

Como parte de la estrategia SUPRE, la OMS elaboró una serie de recomendaciones para la prevención y detección del riesgo suicida. Entre ellas, se encuentran las recomendaciones para médicos generalistas<sup>72</sup>. En la Tabla 22 se presentan las recomendaciones para evaluar el riesgo suicida y las conductas a seguir en cada caso.

**TABLA Nº 22: Evaluación del Riesgo de Suicidio en personas con Depresión: identificación, valoración y plan de acción. <sup>(\*)</sup>**

Riesgo Suicida	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro.	-	-
1	Perturbado emocionalmente.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades de ejecución del plan. Identificar y contactar red social de apoyo de la persona.
4	Ideación suicida de riesgo leve o moderado y episodio depresivo leve o moderado.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades de ejecución del plan. Identificar y contactar red social de apoyo de la persona.
5	Ideación suicida de riesgo moderado y episodio depresivo grave; o ideación suicida de riesgo grave y episodio depresivo leve o moderado.	Valorar el intento (plan y método).	Derivar a especialidad psiquiátrica mediante referencia asistida (contacto directo con equipo de especialidad).
6	Ideación suicida de riesgo grave y episodio depresivo grave.	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios).	Hospitalizar.

(\*) Adaptación de la tabla: "Resumen de los pasos en la prevención del suicidio", en **Prevención del Suicidio. Un Instrumento Para Médicos Generalistas**, WHO/MNH/MBD/00.1, Ginebra, 2000.

#### IV. Depresión Refractaria

Se considera que una persona tiene una depresión refractaria o resistente a tratamiento, cuando no ha presentado una disminución importante en la intensidad de sus síntomas depresivos, a pesar de que se ha cumplido con una de las siguientes condiciones con buena adherencia:

- Tratamiento secuencial con altas dosis de 2 antidepresivos diferentes por un mínimo de 4 semanas cada uno<sup>73</sup>, además de consejería individual e intervención psicosocial grupal por un mínimo de 4 sesiones cada una.
- Tratamiento secuencial con altas dosis de 2 antidepresivos diferentes por un mínimo de 4 semanas cada uno, además de psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal por un mínimo de 8 sesiones.

#### Recomendaciones según nivel de evidencia y grado de recomendación:

<p><b>Evaluación diagnóstica:</b> Aplicación de los criterios CIE-10 por médicos generales o de familia para diagnóstico de los distintos tipos de Trastornos Depresivos.</p>	<b>3C</b>
Evaluación de los factores de género en el diagnóstico de los Trastornos Depresivos.	<b>B</b>
Evaluación y diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica.	<b>B</b>
<p><b>Diagnóstico diferencial:</b> Realizar diagnóstico diferencial con enfermedades somáticas y mentales.</p>	<b>B</b>
Solicitar Hemograma, Glicemia, T3, T4 y TSH para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos y otros exámenes según criterio médico.	<b>C</b>
<p><b>Derivación a equipo especializado:</b> Derivar a equipo especializado a las personas que presenten los siguientes diagnósticos: episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, episodio depresivo actual en trastorno bipolar, episodio depresivo con alto riesgo suicida y depresión refractaria.</p>	<b>A</b>

### 3.3 Tratamiento

#### Preguntas clínicas abordadas en la guía

*¿Cómo se trata la depresión?*

*¿Qué intervenciones psicosociales son efectivas para el tratamiento de la depresión?*

*¿Qué tipo de psicoterapia resulta más efectiva para el tratamiento de personas con depresión?*

*¿Qué fármacos se utilizan en el tratamiento de la depresión?*

*¿Cómo tratar los diferentes tipos de depresión?*

*¿Qué factores de género deben ser considerados en el tratamiento de la depresión?*

*¿Qué grado de riesgo representa para el feto el uso de fármacos para el tratamiento de la depresión durante el embarazo?*

*¿Debe suspenderse la lactancia en madres con depresión posparto que requieren antidepresivos?*

*¿Por qué es importante detectar, diagnosticar, tratar y seguir a las mujeres con depresión posparto?*

*¿Qué consideraciones especiales se debe tener en el tratamiento de episodios depresivos en adolescentes y en adultos mayores?*

## **Síntesis de evidencia**

### **1. Consideraciones generales**

#### **Objetivos y componentes del Programa de Tratamiento:**

El tratamiento de los trastornos depresivos tiene por objetivos:

- Reducir y/o eliminar los signos y síntomas del trastorno.
- Reestablecer el funcionamiento psicosocial, laboral o vocacional al nivel premórbido.
- Minimizar las posibilidades de recaídas.

Para alcanzar estos objetivos, la evaluación diagnóstica deberá ser amplia e integral, de modo de incluir la salud física, las manifestaciones fisiológicas, emocionales y conductuales de la depresión, los antecedentes personales y familiares y la situación de vida actual.

El tratamiento de la depresión debe desarrollarse en el contexto de una adecuada y habitualmente prolongada relación entre el equipo tratante y el consultante, de modo de establecer una alianza terapéutica<sup>74</sup>.

El tratamiento de la depresión organizado en planes estructurados de atención para las personas con depresión, tiene mejores resultados en términos de disminución de la sintomatología, que los tratamientos no estructurados<sup>75</sup>.

En la experiencia desarrollada por el Programa Nacional de la Depresión, la *consultoría de salud mental* ha demostrado ser una de las intervenciones más costo efectiva para el diagnóstico y tratamiento de personas con depresión.

La consultoría es un encuentro de trabajo programado, regular y continuo, que reúne al equipo de salud general con el equipo de especialidad, con los objetivos de:

- aumentar la capacidad resolutoria del equipo de salud general.
- articular la atención en red, asegurando continuidad e integralidad de la atención.

La intensidad y duración del tratamiento deben estar determinadas por la severidad de la depresión y ajustada según la respuesta de la persona en tratamiento. El modelo de atención basado en el equipo de salud general y por niveles escalonados (“stepped care”, Anexo N° 6), aplicado en Inglaterra y en otros países anglosajones, constituye un modelo de tratamiento de la depresión similar al propuesto en esta Guía<sup>76</sup>.

En este modelo, la comorbilidad es tratada conjuntamente lo que facilita la remisión de los síntomas depresivos<sup>77</sup>.

La insuficiente participación o cumplimiento del tratamiento, así como el abandono del mismo por parte de la persona en tratamiento, son factores críticos que pueden impedir el éxito de la intervención terapéutica, razón por la cual es necesario implementar intervenciones que aseguren la adherencia.

Al respecto, la evaluación del Programa Nacional de Depresión en Chile, mostró que entre las mujeres consultantes en el Programa los siguientes factores se asociaron a una mayor probabilidad de abandono:

- Precaria condición socio – económica.
- Sobrecarga de demandas y tareas domésticas que limitan la posibilidad de acudir a los controles.
- Baja participación en organizaciones sociales, lo que incidiría en el nivel de habilidades sociales para las relaciones con grupos e instituciones.
- Cuadro clínico de baja intensidad (medido a través del Inventario de Depresión de Beck).
- La exposición a condiciones de mayor estrés en diversas etapas del ciclo vital (situaciones de abuso sexual, violencia y otras).

Entre las estrategias para mejorar adherencia y disminuir abandono se consideran las siguientes:

- Programas de psicoeducación para la persona y su familia, con esquemas flexibles para quienes no puedan o no quieran asistir a actividades grupales.
- Seguimiento y controles telefónicos.
- Visitas en el domicilio.
- Grupos de autoayuda, que pudiesen ser organizados por monitoras que han sufrido o padecen la enfermedad, manteniendo el apoyo de un profesional del equipo tratante.
- Contar con material impreso para entregar a las personas en tratamiento y su familia.
- Integración a los controles de un familiar u otro significativo afectivo.
- Identificación y abordaje de factores de vulnerabilidad a la depresión, diferenciados por género (violencia de género, entorno laboral amenazante, sobrecarga de trabajo, multiplicidad de roles, entre otros).

La educación y entrega de información con respecto a los trastornos depresivos es un componente central del tratamiento. Independientemente de la metodología empleada, la persona en tratamiento y su familia debe recibir educación e información en los siguientes aspectos:

- En qué consiste la depresión, características de la enfermedad, sintomatología, tratamientos disponibles, pronóstico.

Esto permite generar expectativas adecuadas en la persona con depresión, a la vez que le posibilita identificar los cambios en sus estados emocionales y cuándo debe solicitar ayuda por eso.

- El tiempo mínimo que debe tomar los medicamentos, tanto en la fase inicial de instalación del fármaco, como en la fase de mantención posterior a la remisión de los síntomas, con la finalidad de asegurar el resultado y evitar una recaída.
- Los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico, cómo reconocerlos, cuándo consultar si se presentan, cómo manejarlos.

Es conveniente repetir e insistir en algunos de estos contenidos a lo largo del curso del tratamiento, adecuándolos a las características de la persona y de su contexto.

El conjunto de intervenciones descritas para el tratamiento de personas con depresión leve o con distimia debe organizarse en un programa estructurado de tratamiento individual, que incluya evaluaciones periódicas (al menos cada tres semanas), de la evolución de los síntomas y del cuadro en general.

Se debe estar alerta al dinamismo que presentan los trastornos depresivos, especialmente en relación con su gravedad, de modo de adaptar el tratamiento según la evolución de la enfermedad y las preferencias de la persona en tratamiento.

### **Equidad de Género**

Tanto los determinantes sociales como los factores biológicos determinan diferencias en las experiencias y necesidades de mujeres y hombres: En el ámbito de la salud, las respuestas a unas y otros podrán ser muy distintas. El tratamiento de la depresión, deberá cautelar la aplicación de un enfoque de género, sensible a esas diferentes necesidades.

En todo caso, el tratamiento de la depresión en las mujeres, debe considerar siempre intervenciones tendientes a apoyar a la mujer para lograr:

- Suficiente autonomía para controlar de algún modo la respuesta a los sucesos graves.
- Acceso a recursos materiales que permitan tener opciones entre las que elegir en el momento de enfrentarse a sucesos graves.
- Apoyo psicológico por parte de familiares, amigos e incluso profesionales de la salud.
- Incremento del control sobre los determinantes de su salud mental y particularmente sobre la eliminación de cualquier situación que implique desvalorización y discriminación.
- Involucramiento en la toma de decisiones, no sólo relacionadas con la salud y los tratamientos, sino también con situaciones que afectan su vida y su salud en forma más amplia.

En muchos casos, la aparición de síntomas depresivos está asociada a situaciones negativas de la vida cotidiana que causa aflicción o estrés. Especial asociación se ha detectado en mujeres que viven situaciones de violencia intrafamiliar. En estos casos, para lograr efectividad en el tratamiento, las intervenciones deben considerar estas situaciones de vida.

## **2. Tratamiento del episodio depresivo leve y de la distimia (Flujograma N° 1)**

### **Apoyo clínico y psicoeducación**

En depresiones leves, el tratamiento más efectivo es la atención clínica de apoyo, complementada con psicoeducación y con herramientas de resolución de problemas o por consejería de apoyo<sup>78</sup>. La evidencia respecto de la efectividad de las intervenciones psicosociales que puede realizar el médico general, parece ser elevada, aunque aún el número de estudios controlados es bajo<sup>79</sup>.

Las personas con depresión que presentan síntomas depresivos de baja intensidad y que mantienen sus actividades sociales y laborales, en general responderán positivamente al tratamiento sólo con intervenciones psicosociales individuales o grupales. En todo caso, las evaluaciones periódicas permitirán definir la necesidad y oportunidad de complementarlas con un tratamiento farmacológico.

### **Intervenciones psicosociales**

Intervenciones psicosociales de orientación cognitiva conductual y conductual u orientada a la resolución de problemas incluida la consejería, han mostrado ser efectivas en el tratamiento de la depresión leve. Los resultados a largo plazo muestran similar respuesta que el uso de antidepresivos<sup>80</sup>.

### **Grupos de autoayuda**

Una dificultad importante y frecuente que presentan las personas con depresión, es su escasa participación y apoyo social. A la inversa, el soporte y apoyo social reduce el riesgo de aparición de un trastorno depresivo y, cuando aparece, disminuye sus efectos negativos. Lo anterior fundamenta la necesidad de incluir dentro de las estrategias de intervención, la creación y apoyo a grupos de autoayuda e incentivar la incorporación a ellos de las personas en tratamiento.

El tratamiento de personas con depresión leve y/o con distimia, incluirá los siguientes componentes:

- a) Consejería.
- b) Intervención psicosocial grupal.
- c) Psicoeducación.
- d) Programa Estructurado de Actividad Física.
- e) Grupos de autoayuda.

#### **a) Consejería**

Constituye una forma de intervención psicosocial dirigida a una persona individual, que contempla la atención clínica de apoyo y de control, elementos de psicoeducación, un determinado foco u objetivo, retroalimentación sobre la atribución que el consultante hace a determinados factores de su entorno de vida, de sus antecedentes de vida o de salud, monitoreo del grado y dificultades que encuentra la readecuación a la vida normal, el consentimiento respecto de las indicaciones, entre otros<sup>81</sup>.

#### **b) Intervención psicosocial grupal**

Las intervenciones psicosociales de grupo para personas con trastornos depresivos han mostrado su utilidad en diversos estudios no controlados<sup>82, 83</sup>.

En Chile, se incorporaron como una de las intervenciones del Programa Nacional de Depresión en Atención Primaria mostrando buenos resultados, aunque la adherencia a los grupos de las personas en tratamiento fue muy variable.

El Manual de Intervención Grupal<sup>84</sup>, utilizado en el Programa Nacional de Depresión, destaca los aspectos terapéuticos más relevantes de esta intervención:

- Se socializan en un contexto de contención (grupo pequeño), las emociones y pensamientos que perturban o desbordan a las personas que sufren un trastorno depresivo.
- Una experiencia vital dolorosa y crítica es el denominador común entre los participantes. La toma de conciencia de la similitud de situaciones y problemas con otras personas, así como la ruptura de una situación de aislamiento social, promueve un mejor contacto con la realidad objetiva y subjetiva, reduciendo el temor a ser muy diferente o singular.
- El reconocimiento y aclaración de los síntomas, sentimientos, pensamientos y conductas que afligen a las personas con depresión, les brinda seguridad. La información y enseñanza sobre lo que les sucede en la realidad y en el espacio cognitivo, reduce la angustia y la incertidumbre.
- Ayuda a quienes tienen un ánimo abatido y pesimista a establecer estrategias conjuntas de mejoría sintomática y resolución de problemas.
- Con frecuencia la participación en el grupo fortalece la autoestima, las personas con depresión recuperan de esa experiencia la posibilidad de considerar lo propio como valioso para sí mismas y para otros.
- Promueve procesos que sirven para abordar el contexto en crisis.

### **c) Psicoeducación**

Consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan y educan acerca de un problema de salud mental, lo que les permite convertirse en protagonistas del proceso de salud. Sus objetivos son: promover su compromiso con el cuidado de la salud, promover la búsqueda de comportamientos saludables y promover su protagonismo en el proceso de salud<sup>85</sup>.

En el contexto del tratamiento de personas con depresión leve o con distimia, podrá realizarse en cada una de las actividades individuales y grupales señaladas anteriormente.

Complementariamente, la literatura de autoayuda (folletos, guías, libros, discos y videos, internet), ha mostrado ser de utilidad diferencial según capacidad lectora, nivel educacional, calidad de los textos, etc.

### **d) Programas de actividad física.**

Los efectos del ejercicio en la salud mental se recomiendan desde la antigüedad y han sido investigados desde hace décadas, también en sus efectos en el manejo de la depresión<sup>86</sup>.

El mecanismo subyacente a estos efectos positivos parece ser que la práctica regular de ejercicios físicos en el mundo desarrollado, es considerado una virtud y

su realización puede generar en el afectado por depresión un sentimiento de autovaloración y recibirá retroalimentación positiva de otras personas. Por otra parte, el ejercicio puede actuar como una distracción de los pensamientos negativos, además de los probables efectos fisiológicos tales como cambios en los niveles de endorfinas y monoaminas<sup>87</sup>.

El ejercicio recomendado para el tratamiento de la depresión debe tener una estructura caracterizada por la frecuencia, la intensidad y la duración de la actividad física. De este modo, lo que se indica es un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado, de 3 sesiones semanales de 45 a 60 minutos cada una por 10 a 12 semanas. Este programa de ejercicios físicos puede ser realizado individualmente o en grupo e incluye ejercicios aeróbicos y anaeróbicos.

### e) Grupos de Autoayuda

Grupos de autoayuda guiados por voluntarios capacitados, aunque sin formación profesional, han mostrado ser efectivos en aumentar la tasa de remisión de los síntomas depresivos. No se encontraron diferencias significativas con grupos guiados por profesionales<sup>88</sup>.

En un revisión de estudios con grupo control y distribución aleatoria que comparan diversos efectos en personas con enfermedades crónicas tratadas con grupos de auto cuidado y educación guiados por no profesionales vs sin intervención y programas guiados por clínicos, se encontró una pequeña, pero estadísticamente significativa mejoría en 6 de 17 estudios (7442 pacientes adultos). En conclusión, los autores señalan que programas de educación para el autocuidado guiados por no profesionales pueden llevar a mejorías en autoeficacia, autopercepción de salud, manejo cognitivo de síntomas, frecuencia de ejercicios físicos<sup>89</sup>.

## 3. Tratamiento del episodio depresivo moderado (Flujograma Nº 2)

De acuerdo al modelo de atención por niveles escalonados, el tratamiento de personas con trastornos depresivos de intensidad moderada, incluye los cuatro tipos de intervenciones descritos para el episodio depresivo leve y además agrega el uso de medicamentos antidepresivos.

Si bien no existen diferencias importantes en la efectividad de los diferentes fármacos antidepresivos, se utilizan de preferencia, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) por su mejor perfil de efectos colaterales<sup>90, 91, 92</sup>.

**TABLA Nº 23: Antidepresivos recomendados para el tratamiento por médicos generales o médicos de familia<sup>(\*)</sup>**

Fármaco	Dosis recomendada
Fluoxetina	20 a 60 mgs. Diarios
Sertralina	50 a 100 mgs diarios
Venlafaxina	75 a 225 mgs. Diarios

(\*)Recomendaciones del Grupo de Expertos participante en la elaboración de esta Guía.



Se recomienda **no utilizar** antidepresivos tricíclicos en el tratamiento realizado por médicos no especialistas, por su mayor riesgo de reacciones adversas (Ver Tabla N° 26) y las complicaciones graves en caso de sobredosis<sup>93</sup>.

Una vez iniciado el tratamiento con antidepresivos, algunos síntomas pueden mejorar desde la primera semana, pero en la mayor parte de las personas, se requieren 2 a 4 semanas para una mejoría manifiesta.

Los antidepresivos tienen un efecto ansiolítico que por sí solos, será suficiente para atenuar o suprimir los frecuentes síntomas de angustia que se observan como parte del cuadro clínico de los trastornos depresivos. Sin embargo, frente a personas con síntomas de ansiedad importantes y/o con trastornos del sueño persistentes, será necesario indicar benzodiazepinas. En tales casos, se debe evaluar los riesgos de contribuir a generar una habituación o dependencia con el uso a largo plazo<sup>94</sup>, por lo que se prescriben, de preferencia, por períodos de 3 a 6 semanas.

El programa integral de tratamiento individual debe incluir evaluaciones periódicas y programadas de la evolución de la enfermedad. En un comienzo se recomienda evaluaciones cada 3 semanas, para luego distanciar los intervalos según evolución. El programa de tratamiento debe considerar un tiempo promedio estimado de 9 meses o mantenerse al menos por 6 meses a partir de la remisión total de los síntomas.

#### **4. Tratamiento del episodio depresivo grave (Flujograma N° 3)**

El tratamiento de las personas con episodios depresivos de intensidad grave, incluye tanto las intervenciones descritas para la depresión leve como los antidepresivos descritos para el tratamiento de la depresión moderada, y además se debe agregar psicoterapia.

Los datos más consistentes respecto de la efectividad de psicoterapias en trastornos depresivos, se relacionan con las terapias cognitivo-conductual (TCC) e interpersonal (TIP).

La TCC muestra fuerte evidencia de mayor efectividad en reducir los síntomas depresivos, comparado con quienes permanecen en lista de espera. Así mismo, cuando se compara la TCC de grupo con otros enfoques grupales (gestáltico, apoyo mutuo, meditación-relajación), muestra ventajas significativas en cuanto a alcanzar remisión del cuadro. No se han encontrado diferencias significativas al añadir TCC al tratamiento con antidepresivos, excepto en personas con depresiones de mayor grado de severidad<sup>95</sup>.

La TIP muestra resultados mejores en comparación con placebo o tratamiento habitual con antidepresivos por médico general. El tratamiento combinado, TIP más antidepresivos, muestra mejores resultados en lograr remisión al final del tratamiento<sup>96</sup>.

#### **5. Tratamiento de la depresión refractaria. (Flujograma N° 4)**

El mayor peso de las evidencias disponibles en el tratamiento de personas con depresión refractaria, viene de las intervenciones biológicas (medicamentos y terapia electroconvulsiva). Sin embargo, los equipos especializados deben desarrollar todas sus habilidades psicosociales para la adecuada evaluación integral de estas personas

y para la implementación de un plan terapéutico individual que contemplen las dimensiones psicológicas, familiares, educacionales, laborales y comunitarias.

De acuerdo al flujograma, las estrategias biológicas que se deben considerar en estos casos son:

- Optimizar dosis de antidepresivos: Utilizando las dosis más altas que tolere la persona y que contribuyan al alivio sintomático.
- Cambio a un antidepresivo diferente. En este caso además de los ISRS, NA y duales, se podrían considerar los antidepresivos tricíclicos, ya que en algunas personas pueden tener menos efectos colaterales y adecuada respuesta terapéutica.
- Potenciación con Litio: Se recomienda como terapia coadyuvante en los trastornos depresivos que no responden a tratamiento con antidepresivos. Niveles plasmáticos entre 0,8 a 1,2 mmol/ltr<sup>97,98</sup>.
- Potenciación con Hormona Tiroidea: La liotironina o triyodotironina, ha probado que cuando se combina con antidepresivos mejora aquellas personas que no tienen un hipotiroidismo. La levotiroxina no parece tener el mismo efecto. No se ha demostrado utilidad en adolescentes<sup>99,100</sup>.
- Combinación de dos antidepresivos y potenciación con antipsicóticos atípicos: algunos ensayos clínicos han mostrado efectividad de estas estrategias en personas con depresiones refractarias.
- Tratamiento Electroconvulsivante: Se utiliza en adultos y adolescentes con depresión severa y refractaria a otras formas de tratamiento, según Norma Técnica del Ministerio de Salud<sup>101,102</sup>. Está especialmente indicado cuando las condiciones del paciente configuran un riesgo vital para sí mismo o para terceros.

## 6. Tratamiento de la depresión con alto riesgo de suicidio (Flujograma N° 5)

En una persona que manifiesta ideación suicida es importante valorar el grado de permanencia de la idea por sobre la frecuencia. A mayor persistencia, mayor riesgo.

De todos, el intento de suicidio es el principal factor de riesgo suicida en depresión, el que eleva en 40 veces la posibilidad de morir por un acto suicida.

Se considera que un intento suicida es severo cuando existe:

- a) Presencia de método de elevada letalidad (intento de ahorcamiento, uso de arma de fuego, gas o venenos, salto desde altura).
- b) Alta intención suicida (premeditación, búsqueda de aislamiento o soledad, búsqueda de la muerte, ocultamiento o negación del intento).

La ideación suicida debe pesquisarse precozmente en los trastornos depresivos y un objetivo principal es disminuir la potencialidad suicida. La hospitalización es una medida terapéutica útil cuando la ideación suicida se asocia con factores de riesgo (ver Tabla N° 24).

En los cuadros de intensidad moderada es posible el tratamiento en régimen ambulatorio, controlando al usuario frecuentemente. Independientemente del lugar donde se realiza el manejo, la persona afectada debe recibir tratamiento para el tipo de depresión de acuerdo al algoritmo correspondiente<sup>103</sup>.

**TABLA Nº 24: Criterios para hospitalización de personas con alto riesgo suicida**

Indicaciones de hospitalización
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevada intención suicida.</li> <li>- Ideación suicida severa con intentos de suicidio con alta letalidad y/o utilización de método violento (ahorcamiento, arma de fuego, etc).</li> <li>- Intento de suicidio ampliado con homicidio de hijos y cónyuge, pacto suicida.</li> <li>- Uso de más de un método simultáneamente.</li> <li>- Intentos suicidas repetidos en lapso más bien breve.</li> <li>- Motivación altruista.</li> <li>- Ideación suicida post intento, con reafirmación y/o decepción frente a la sobrevivida.</li> <li>- Rechazo de ayuda.</li> <li>- Imposibilidad de establecer una alianza terapéutica.</li> <li>- Escasa red de apoyo psicosocial.</li> </ul>

### 7. Tratamiento del episodio depresivo en un trastorno afectivo bipolar (Flujograma Nº 6)

Para el tratamiento de personas con depresión bipolar, se recomienda iniciar tratamiento con estabilizador del ánimo cuando se diagnostica por primera vez y optimizar las dosis del estabilizador del ánimo de acuerdo a respuesta clínica.

Lamotrigina: No existen evidencias de efectividad como coadyuvante del tratamiento de los episodios depresivos monopolares<sup>104,105</sup>. Este medicamento es efectivo en el tratamiento de episodios depresivos de los Trastornos Bipolares<sup>106, 107</sup>.

Acido Valproico: El uso de este fármaco es recomendado para el tratamiento de las depresiones bipolares<sup>108,109</sup>.

Si no se obtiene respuesta, además deberá indicarse un antidepresivo. Se propone iniciar con el uso de ISRS por el menor riesgo de cambio rápido a manía.

Si la respuesta es negativa puede cambiarse el antidepresivo a otros con mecanismo de acción diferente. Cuando no existe una respuesta adecuada se sugiere agregar un segundo estabilizador del ánimo.

Si a pesar de estas medidas la persona continúa sin mejoría, se sugiere agregar hormona tiroidea y antipsicóticos atípicos de manera secuencial.

Finalmente frente a la no respuesta a las medidas anteriores está indicado el uso de terapia electroconvulsivante.

En el caso de que la persona presente un episodio depresivo bipolar con psicosis, se recomienda iniciar tratamiento con un antipsicótico.

### 8. Tratamiento de la depresión con psicosis (Flujograma Nº 7)

En ensayos controlados, se ha mostrado la efectividad del uso de fármacos antidepresivos y antipsicóticos en el tratamiento de la depresión con psicosis (tanto cuando los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo como cuando no lo son). La efectividad se ha visto tanto con los antipsicóticos tradicionales (haloperidol, perfenazina)<sup>110,111,112,113</sup> como con los atípicos (olanzapina, risperidona)<sup>114</sup>.

En el caso de personas que presenten un cuadro depresivo con síntomas psicóticos, debe considerarse la posibilidad de hospitalización de manera más precoz, dependiendo de la presencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o médicos y la presencia de ideación o intento suicida.

La terapia electroconvulsivante ha mostrado efectividad sola o en combinación con antipsicóticos. **Su uso se reserva para los casos que no tienen una buena respuesta clínica a la combinación de antidepresivos y antipsicóticos.**

**TABLA Nº 25: Dosis y Efectos Adversos de Fármacos para el Tratamiento de la Depresión**

Fármacos	Dosis (mg/día)	Efectos Adversos
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS		
Amitriptilina	25 – 300	Sequedad de boca, hipotensión ortostática, trastornos de acomodación, midriasis, taquicardia, palpitaciones, sudoración, fatiga, somnolencia, retención urinaria, alteraciones de la eyaculación, temblor, insomnio, rigidez, náuseas, vómitos, cefalea, sialorrea, mareos, miosis, bradicardia, anhidrosis, calofríos, inquietud.
Imipramina	25 – 300	
ISRS		
Fluoxetina	20 – 80	Cefalea, náuseas, diarrea, ansiedad, insomnio, sedación, crisis de pánico, hiponatremia, apatía, galactorrea, erupción cutánea, disminución líbido, impotencia.
Paroxetina	20 – 50	
Sertralina	50 – 200	
OTROS		
Litio	300 – 1200	Poliuria, polidipsia, temblor, alteraciones de memoria, diarrea, náuseas, aumento de peso, hipotiroidismo, acné, psoriasis, vómitos, teratogenicidad.
Venlafaxina	75 – 375	Náuseas, agitación, insomnio, cefalea, disfunción sexual, hipertensión arterial leve.
Bupropion	150 – 450	Hiperactividad, insomnio, náuseas, convulsiones.
Ácido Valproico	500 – 1500	Sedación, aumento de peso, caída de cabello, malformaciones del tubo neural, ovario poliquístico, hiperandrogenismo, resistencia a insulina.
Carbamazepina	200 – 1600	Sedación, malformaciones del tubo neural, alteraciones hematológicas, rash cutáneo.
Lamotrigina	50 – 500	Cefalea, náuseas, mareos, temblor, somnolencia, sequedad de la boca, rash cutáneo.
Risperidona	2 – 6	Cefalea, somnolencia, inquietud, constipación, rigidez, aumento de peso, hiperlipidemias, hiperprolactinemia.
Haloperidol	2 – 20	Inquietud, acatisia, rigidez, temblor, apatía, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno.

**TABLA Nº 26: Contraindicaciones de los Antidepresivos Tricíclicos**

Relativas	Absolutas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertrofia de próstata</li> <li>- Cardiopatía y arritmias</li> <li>- Glaucoma</li> <li>- Epilepsia</li> <li>- Insuficiencia hepática</li> <li>- Insuficiencia renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo primer trimestre</li> <li>- Lactancia</li> <li>- Toxicidad en sobredosis</li> <li>- Retención urinaria</li> <li>- Infarto agudo miocardio</li> <li>- Estenosis pilórica</li> </ul>

**TABLA Nº 27: Síntomas del Síndrome de Interrupción de ISRS**

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mialgias</li> <li>- Fatiga</li> <li>- Calofríos</li> <li>- Mareos</li> <li>- Parestesias (sensación de descarga eléctrica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Agitación</li> <li>- Labilidad emocional</li> <li>- Hiperactividad</li> <li>- Despersonalización</li> <li>- Enlentecimiento</li> </ul>

**TABLA Nº 28: Síntomas de Intoxicación por Litio**

Intoxicación leve (LITEMIA 1,2-2,0 Meq/l)	Intoxicación moderada (LITEMIA 2,0 - 2,5 Meq/l)	Intoxicación severa (LITEMIA > 2,5 Meq/l)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor abdominal</li> <li>- Sequedad de boca</li> <li>- Ataxia</li> <li>- Temblor</li> <li>- Disartria</li> <li>- Letargia</li> <li>- Debilidad muscular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas, vómitos</li> <li>- Visión borrosa</li> <li>- Temblores</li> <li>- Hiperreflexia</li> <li>- Convulsiones</li> <li>- Delirio</li> <li>- Estupor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convulsiones</li> <li>- Insuficiencia renal</li> <li>- Oliguria</li> <li>- Coma</li> <li>- Muerte.</li> </ul>

**TABLA Nº 29: Manejo Preventivo para Evitar Rush Cutáneo por Lamotrigina**

Recomendaciones para Prevenir el Rush Cutáneo	
a)	Dosificación Gradual: <ul style="list-style-type: none"> <li>- inicio 25 mg día primera semana</li> <li>- aumentar 25 mg por semana</li> <li>- completar 200 (300 mg) día.</li> </ul>
b)	Evitar combinación con ácido valproico
c)	Signos de lesión cutánea en desarrollo : <ul style="list-style-type: none"> <li>- fiebre, malestar general</li> <li>- rash difuso y confluyente</li> <li>- rash facial con edema</li> <li>- irritación labios, boca y ojos ("arena en los ojos")</li> <li>- adenopatía cervical</li> </ul>
d)	Frente al rush suspender Lamotrigina

**Consideraciones Especiales Para el Tratamiento de Mujeres con Depresión durante la Gestación o el Posparto.**

Los estudios epidemiológicos indican que los factores psicosociales desempeñan un rol fundamental en el desencadenamiento de la depresión posparto. Esto quiere decir que el contexto o la situación real que viva la mujer gestante o que acaba de dar a luz, determina en gran medida su estado de salud mental e influye poderosamente en su probabilidad de sufrir un trastorno del ánimo.

Los principales factores de riesgo que producen vulnerabilidad son:

- Aislamiento social: es decir, que la mujer no tenga una red de personas que la apoyen emocionalmente. Mujeres que viven lejos o se han distanciado de su familia de origen, en situación de inmigrantes, tienen poca oportunidad de contar con una red de personas que la apoyen emocionalmente.
- Falta de apoyo emocional; aunque el marido o compañero esté presente en la casa, muchas veces la mujer no puede hablar con él acerca de cómo se siente o éste le dice simplemente “que no piense en esas cosas” o “que trate de sentirse mejor”. Muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo responder cuando su compañera habla de sentirse triste, abrumada, tiene dudas sobre cómo cuidar al bebé o dice que “tiene miedo al futuro”, etc. Otra situación que se produce es que la mujer no tiene un compañero, porque ha sido abandonada, es madre soltera, está separada o es viuda.
- Conflictos emocionales; durante la gestación y el posparto la mujer está más sensible a enfrentar la carga emocional de conflictos tanto de pareja como con la familia de origen. Cuando existen antecedentes de conflictos emocionales o malas relaciones con los padres en el pasado, hay que tener presente que éstos pueden reactivarse durante el proceso de convertirse en madre. Cuando la mujer debe enfrentarse a tal transición y en su historia infantil no ha experimentado la sensación de haber sido cuidada y querida, puede tener mayores dificultades para asumir este nuevo papel en su vida.

- Duelos o pérdidas tempranas; que la mujer tenga antecedentes de haber sufrido pérdidas de figuras importantes antes de los 10 años de edad; esto puede involucrar haber perdido a uno de sus padres o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono, separación o internación.
- Maltrato físico, emocional o sexual en la infancia; este tipo de experiencias predispone a la mujer a desarrollar depresión en la edad adulta. Alrededor del 15 a 20% de mujeres han sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta.
- Ambiente de vida con alto nivel de estrés; dificultades económicas apremiantes (deudas en servicios esenciales, luz, agua, etc.), falta de acceso a servicios esenciales como cuidados médicos, vivir en un barrio inseguro, donde haya pocas oportunidades de recreación o encuentro social.
- Sobrecarga de roles; Un 44% de las mujeres que trabajan en nuestro país realiza los quehaceres del hogar, en comparación con el 6% de los hombres<sup>115</sup> y las cifras de mujeres jefes de hogar están en aumento.
- Atender otros hijos/hijas menores de 6 años en su hogar, requiere la satisfacción de múltiples cuidados y representan una demanda de atención que puede abrumar a la madre, tanto en lo físico, como en lo emocional.
- Antecedentes de episodios ansioso depresivos anteriores<sup>116</sup>.

Existe evidencia empírica reciente que sugiere que la depresión postparto también se asocia a una mayor sensibilidad biológica a los cambios hormonales propios del puerperio, entre otros contribuyentes cabe señalar el hipotiroidismo transitorio, presente en un 5 % de las mujeres en el período post parto, el descenso de los niveles de progesterona y estrógenos, y otros<sup>117</sup>.

Es particularmente importante diagnosticar y tratar los trastornos del ánimo posparto, puesto que no sólo afectan la salud de la madre, sino también a su hijo o hija. La depresión durante el embarazo, se ha asociado a conductas pobres de autocuidado que son fundamentales para el óptimo desarrollo del feto; estudios recientes han mostrado una relación entre depresión y partos de pretérmino, recién nacidos con pesos inferiores, con circunferencias craneales más pequeñas y puntajes APGAR más bajos.

La depresión y la ansiedad pueden deteriorar la capacidad de la mujer de interactuar apropiadamente con el niño que depende de ella. Algunos estudios han reportado que hijos de mujeres con depresión posparto no tratada, tienen mayores problemas conductuales a largo plazo y obtienen baja puntuación en evaluaciones de funciones cognitivas, en comparación con niños cuyas madres no han sufrido depresión. Además, la depresión post parto se puede asociar con condiciones tan graves como la psicosis posparto, la cual puede terminar en daño o muerte del recién nacido.

Es sabido que la salud mental de la madre influye en la calidad de las experiencias de las interacciones tempranas de sus hijos o hijas, existen evidencias que señalan que la depresión posparto es responsable de trastornos de la interacción madre-recién nacido, pudiendo causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo<sup>118</sup>.

Una madre deprimida no cuenta con la capacidad o sensibilidad necesaria para entender las señales del hijo o hija, de responder ante ellas de forma suficientemente buena y rápida y de tolerar las exigencias del cuidado intenso de un recién nacido. Los niños y

niñas pueden distinguir los diferentes estados anímicos de la madre, como el disgusto o la alegría, lo que influye recíprocamente en el estado afectivo del mismo niño. Una madre con dificultades en regular o tolerar la expresión de afectos negativos o el llanto de su bebé puede tener interacciones de carácter negativas que vayan en aumento si no se interviene; así, el deterioro de las interacciones entre madres deprimidas y sus hijos o hijas puede tener consecuencias desfavorables en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé<sup>119</sup>.

Las interacciones vinculares entre una madre con depresión posparto y su hijo están caracterizada por:

- Falta de responsividad ante las señales del niño.
- Niño o niña se muestra pasivo(a) o poco estimulado.
- Niño o niña puede presentar conductas de evitación.
- Bajo nivel de expresiones positivas de afecto, en ambos.
- Baja capacidad de la madre para regular los afectos del niño, lo que puede influir en que el niño/niña sea considerado como “difícil” o “llorón”.
- Interacciones menos sensibles y vínculos de apego inseguros.

En los controles de salud de la mujer embarazada se puede pesquisar depresión utilizando el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12). Mientras que en las mujeres en el 2º y 6º meses posteriores al parto se debe aplicar la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo<sup>120</sup>.

Cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión mayor posparto, tiene un riesgo de aproximadamente 25% de recurrencia en el parto subsiguiente<sup>121</sup>, por lo tanto es importante completar la evaluación con preguntas tales como:

¿Alguna vez en su vida ha tenido problemas emocionales?

¿Ha recibido tratamiento por estos problemas?

¿Ha consultado alguna vez un psicólogo o psiquiatra?

En la revisión sistemática realizada por Dennis, CL (2005), de todos los estudios randomizados, publicados o no, sobre intervenciones psicológicas y psicosociales preventivas en los cuales la reducción del riesgo de depresión posparto fue un hallazgo primario o secundario, 15 estudios cumplieron con los criterios de inclusión, con un total de 7.697 mujeres. Aunque no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de intervención, los resultados mostraron una reducción de la frecuencia de depresión post parto en las mujeres intervenidas. La única intervención que mostró un efecto preventivo claro fue el soporte post parto intensivo entregado por un profesional de la salud. Del mismo modo, las intervenciones con componentes sólo posteriores al parto resultaron más beneficiosas que aquellas que incluían componentes durante el embarazo. Además, las intervenciones individuales se mostraron más efectivas que las intervenciones grupales<sup>122</sup>.

En otro estudio randomizado controlado, Dennis, CL (2009), encontró que a las 12 semanas post parto, el 14% de las mujeres intervenidas y el 25% de las mujeres en el grupo control, presentaron puntajes superiores a 12 puntos en la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo. La intervención consistió en un soporte proactivo individualizado entre pares (madre a madre), entregado por una voluntaria reclutada



desde la comunidad y que hubiese tenido ella misma una depresión post parto y se haya recuperado. Estas voluntarias asistieron previamente a un curso de entrenamiento de 4 horas<sup>123</sup>.

Se ha recomendado el uso de antidepresivos en forma preventiva frente a un segundo embarazo en mujeres que presentaron depresión post parto. Wisner & Wheeler mostró una recurrencia de depresión post parto de 7% en las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico preventivo, versus 63% de las que no lo recibieron<sup>124</sup>.

Para el tratamiento de la depresión durante el embarazo, es recomendable intentar inicialmente con opciones terapéuticas no farmacológicas, tal como las que se describen en esta Guía para el tratamiento de personas con episodios depresivos leves.

### **Tratamiento Farmacológico**

La decisión de usar o no psicofármacos durante el período grávido/puerperal debe ser siempre individualizada, basado en un análisis cuidadoso de la relación riesgo/beneficio.

Todos los psicotrópicos atraviesan la placenta. Por este motivo sigue siendo válida la recomendación de evitar en lo posible el uso de psicofármacos durante las primeras 12 semanas de gestación (organogénesis)<sup>125</sup>. Cuando se han usado medicamentos las dos primeras semanas de embarazo (el período que va desde la concepción hasta la primera menstruación ausente), es improbable que el embrión en desarrollo haya estado expuesto al fármaco porque la circulación útero-placentaria aún no se ha formado.

Mientras sólo alrededor de veinte drogas son reconocidas como teratógenos en humanos, en los manuales de 1992 de la *FDA* aparecían alrededor de 140 drogas con una clasificación **D** (Evidencia positiva de riesgo). Aún así, el beneficio potencial puede ser mayor que los riesgos) o **X** (Contraindicado en el embarazo). Algunos autores han alertado sobre el hecho de que en EEUU se ha puesto fin innecesariamente a embarazos deseados por seguir muy de cerca las clasificaciones de la *FDA*.

Entre los antidepresivos, los ISRS (salvo la paroxetina), constituyen una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación; representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre. En el embarazo otra opción son las aminas secundarias, desipramina y nortriptilina.

La paroxetina en el primer trimestre se asocia a un aumento de todo tipo de malformaciones congénitas (OR 2.2 (95% IC 1.34-3.63)) y malformaciones congénitas cardíacas (OR 2.08 (95% IC 1.0-4.23)). Estas últimas eran más comúnmente cardiovasculares, especialmente problemas del septum ventricular. Este estudio también sugirió que el uso de los otros ISRS estudiados (citalopram, fluoxetina y sertralina), no se asocia a un incremento en el riesgo de malformaciones congénitas<sup>126</sup>.

Además se han reportado un número creciente de casos de síndrome de privación neonatal de ISRS en niños cuyas madres los han ingerido en el tercer trimestre.

---

\* Hasta ahora la *Food and drug Administration (FDA)* no ha aprobado oficialmente el uso de ningún psicofármaco durante el embarazo o la lactancia.

No necesariamente se debe suspender la lactancia (también aquí los ISRS son una buena elección).

Se desaconsejan las benzodiazepinas tanto en el embarazo (contraindicación relativa), como en la lactancia, aunque en este último caso podrían usarse en dosis bajas, especialmente en forma ocasional.

No deben usarse los hipnóticos (contraindicación absoluta).

De ser posible, se debe suspender gradualmente la medicación antes de intentar el embarazo y si es necesario, reinstalar el tratamiento después del primer trimestre.

En los trastornos bipolares gravemente descompensados durante el primer trimestre, se debe preferir el carbonato de litio.

### **Consideraciones Especiales para el Tratamiento de Adultos Mayores con Depresión\***

De acuerdo a los criterios diagnósticos más usados, la prevalencia de la Depresión en los Adultos Mayores (AM), no es diferente a los otros grupos etarios, no obstante durante el envejecimiento los síntomas depresivos leves son más frecuentes y las formas de presentación pueden parecer muy diferentes.

El envejecimiento disminuye la capacidad y resistencia individual interna, determinando una mayor vulnerabilidad a las agresiones del medio externo y/o una menor adaptabilidad a las diversas exigencias del entorno. Los adultos mayores pueden llegar a enfrentar así situaciones de gravedad extrema, insatisfacción de necesidades básicas (fisiológicas, de seguridad, de afecto, de pertenencia), pérdidas simbólicas y reales de seres y objetos significativos, etc.

La depresión se puede presentar asociada a otras enfermedades - especialmente de curso crónico - y a uso de medicamentos, lo que hace difícil para el adulto mayor reconocer el verdadero origen de sus síntomas. Por ello frecuentemente los hallazgos clínicos no orientan al diagnóstico e incluso los Test pueden resultar negativos para problemas emocionales existentes.

#### Factores de riesgo de Depresión en el Adulto Mayor

- Envejecimiento cerebral: Predispone a un déficit de los neurotransmisores por una disminución en su síntesis y al aumento de su degradación. Por otra parte la pérdida neuronal, determina una disminución en el número de los receptores de ellos.
- Cambios internos: El envejecimiento determina una mayor lentitud para adaptarse a los cambios, al mismo tiempo que una mayor cautela y proceso de reflexión más largo para la toma de decisiones.
- Cambios externos: Los acontecimientos vitales de connotación negativa, como la viudez y la pérdida de otros seres queridos, así como la de un rol social reconocido,

---

\* Extracto del documento MINSAL "Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor", Dr. Juan Jerez Navarrete, Agosto 2004

tener a cargo el cuidado de otro AM, pueden determinar aislamiento o soledad, más aún cuando está ausente una red de apoyo social efectivo.

- Enfermedades frecuentemente asociadas a Depresión: Demencia, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad cerebro vascular, Trastornos endocrinos (hiper e hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes); Enfermedades cardiovasculares; Cáncer (pulmón, páncreas, cerebro); Dolor crónico.
- Fármacos que se asocian a Depresión: Antihipertensivos; Digoxina; Analgésicos; Antiinflamatorios; Benzodiazepinas; Cimetidina y Ranitidina; Antiparkinsonianos; Neurolépticos; Antineoplásicos; Alcohol.

El adulto mayor con depresión no siempre presenta incapacidad de experimentar placer (anhedonia), tristeza o labilidad emocional. No es infrecuente que la Depresión se oculte en manifestaciones físicas exageradas, en cansancio excesivo o síntomas somáticos de difícil diagnóstico y de ansiedad o nerviosismo que puede llegar a la inquietud y agitación.

En la esfera cognitiva; el pensamiento puede estar enlentecido y aparecer ideas de indignidad y minusvalía, de culpa, de desamparo y de falta de sentido en la vida - llegando a sentir que no tienen nada positivo que ofrecer - e ideas suicidas. También es frecuente la alteración de las funciones; de la atención, de la concentración y de la memoria.

Los cambios motivacionales giran alrededor de la incapacidad para actuar o por el deseo de escapar o evitar el entorno, que se expresa en apatía o indiferencia y en casos más graves en intentos suicidas.

La Depresión puede también alterar el apetito con baja de peso, el sueño (insomnio o somnolencia exagerada), la función digestiva (estreñimiento), la psicomotilidad (enlentecimiento de los movimientos) y sensación de fatiga frente al menor esfuerzo.

La presencia de depresión leve o subclínica entre los adultos mayores consultantes a la atención primaria es elevada y hay estudios que muestran una tendencia a llegar a un nivel de mayor severidad, luego de un año de seguimiento. Por tanto, se debe prestar atención a los factores de riesgo manejables en la consulta de salud general<sup>127</sup>.

### **Consideraciones para el tratamiento:**

El abordaje terapéutico de la Depresión en el Adulto Mayor se basa en el tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia. Para elegir el antidepresivo a utilizar se debe tener presente:

- Antecedentes de la respuesta al uso previo de antidepresivo por el paciente o familiares.
- Factores del psicofármaco.
  - Eficacia.
  - Perfil de los efectos secundarios adversos.
  - Seguridad versus sobredosis.
  - Interacción con otros medicamentos.

### **Consideraciones Especiales Para el Tratamiento de Adolescentes entre 15 y 19 años con Depresión**

El diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos del ánimo pueden reducir el impacto de la depresión en la familia, en el desempeño social y académico en los adolescentes y pueden reducir el riesgo de suicidio, de consumo problemático de sustancias y la persistencia de las depresiones hasta la edad adulta.

En los/as adolescentes, los trastornos depresivos suelen presentarse como un síndrome amplio e inclusivo que, aunque compartiendo los criterios diagnósticos generales de la CIE 10 para adultos, muestra algunas diferencias atribuibles a las etapas del desarrollo físico, emocional, cognitivo y social. El/la adolescente puede no verbalizar sentimientos depresivos y en cambio, manifestar labilidad del ánimo, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, pataletas, quejas somáticas, retraimiento social, baja en el rendimiento escolar, conductas autoagresivas no necesariamente suicidas (ejemplo: provocarse frecuentes cortes en la piel), que encierran una motivación de aliviar la rabia, tristeza o soledad, más bien que de quitarse la vida<sup>128</sup>.

La comorbilidad es alta. Los trastornos concurrentes más frecuentes son: el trastorno de angustia, el trastorno hiperactivo y los trastornos por consumo de sustancias.

Luego de un episodio depresivo ocurrido en la adolescencia y a pesar de que la mayoría de ellos remite, la probabilidad de recurrencia 1 a 2 años después, según estudios longitudinales, varía entre un 20 y 60% y aumenta aún más a 5 años. Una proporción sustantiva desarrollará un trastorno depresivo en la adultez<sup>129,130,131,132</sup>.

La mayoría de las guías clínicas recomiendan buscar activamente elementos para una sospecha diagnóstica de depresión (tamizaje), en todo adolescente consultante a un servicio de salud por un motivo relacionado con salud mental, basado en los síntomas registrados en la CIE 10 y, si es positivo realizar una detenida evaluación diagnóstica, que incluye necesariamente indagar acerca de la presencia de ideación y/o actos de auto y hetero agresión (Ref. 130).

El tratamiento de los trastornos depresivos en el adolescente incluirá siempre psicoeducación (educación al adolescente consultante y a miembros de su familia, acerca de las causas, síntomas, curso, y formas de tratamiento y sus riesgos), consejería (incluye escucha activa y reflexión, resolución de problemas, restauración de la esperanzas de solución, habilidades de afrontamiento, estrategias para la adherencia al tratamiento) e inclusión de la familia y de la escuela.

En adolescentes, las intervenciones psicosociales individuales y grupales incluyendo consejería han mostrado ser efectivas. Estas intervenciones han mostrado ser suficientes en la mayoría de los casos de depresión leve y moderada en la adolescencia<sup>133, 134</sup>.

Los 2 tipos de psicoterapia que han mostrado evidencias de efectividad superiores a los "cuidados habituales" son la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP)<sup>135, 136, 137, 138</sup>.

La TIP muestra un mejor rendimiento en los casos de nivel moderado a grave<sup>139, 140</sup>. Sin embargo, el uso de psicoterapia en la fase aguda de la enfermedad en jóvenes, ofrece resultados modestos<sup>141</sup>.

En los casos de depresión moderada que no responden al manejo sin medicación y en los de depresión grave se utilizan antidepresivos en dosis y esquemas similares a los adultos, aunque comenzando con dosis menores e incrementándolas cada 2 a 4 semanas hasta lograr un efecto suficiente<sup>142, 143</sup>.

La fluoxetina, más que el resto de los IRRS, aparece con firme evidencia de efectividad en la adolescencia. Se usa en dosis iniciales de 10 mg diarios, se puede aumentar gradualmente la dosis desde la tercera semana de tratamiento pudiendo llegar hasta 40 mg al día en los casos de depresiones moderadas y hasta 80 mg por día en las severas (REF. 73).

A objeto de evitar recaídas y recurrencias, el tratamiento debe mantenerse por períodos de 6 a 12 meses y en los casos más severos, con más de un episodio o curso crónico, comienzo precoz, presencia de comorbilidad, pobre ajuste psicosocial, el manejo terapéutico debe durar dos o más años<sup>144</sup>.

**Recomendaciones según nivel de evidencia y grado de recomendación:**

<p><b>Consideraciones generales del tratamiento:</b> Tratamiento de los episodios depresivos leve, moderado y grave por médico general o médico de familia en conjunto con otros profesionales del equipo de salud general, con el apoyo de consultorías de salud mental realizadas con especialistas.</p>	<b>A</b>
<p>Considerar aspectos de equidad de género en el tratamiento de mujeres con depresión.</p>	<b>B</b>
<p>Aplicar estrategias para mejorar adherencia a tratamiento de depresión, con psicoeducación, seguimiento telefónico, visitas domiciliarias, participación de familiares y grupos de autoayuda.</p>	<b>C</b>
<p>Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integral.</p>	<b>A</b>
<p>Para elaborar el plan individual de tratamiento integral se debe realizar una evaluación integral de la situación de salud y de vida de la persona, la que incluye diagnóstico psicosocial, evaluación psicológica según las características del cuadro clínico y evaluación interdisciplinaria.</p>	<b>C</b>
<p><b>Intervenciones psicosociales:</b> La consejería, la intervención psicosocial grupal y la psicoeducación son recomendables para todas las personas con depresión, tanto en adolescentes como en adultos.</p>	<b>1A</b>
<p>Indicar programa estructurado de actividad física en personas con depresión leve y moderada</p>	<b>B</b>
<p>Indicar la participación de personas con trastornos depresivos en grupos de autoayuda.</p>	<b>B</b>
<p>Usar terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal en conjunto con antidepresivos en episodios depresivos graves.</p>	<b>1A</b>

<p><b>Tratamiento farmacológico</b> Utilizar como medicamento de primera línea, en episodio depresivo moderado y grave, un antidepresivo ISRS.</p>	<p><b>1A</b></p>
<p>En adolescentes con depresión moderada se recomienda Fluoxetina en dosis inicial de 10 mg diarios, aumentando gradualmente hasta un máximo de 40 mg al día, según respuesta.</p>	<p><b>1A</b></p>
<p>Se recomienda no usar Tricíclicos por mayor riesgo de reacciones adversas y complicaciones graves en sobredosis.</p>	<p><b>1A</b></p>
<p>En depresiones refractarias, se indica optimizar dosis o cambiar antidepresivo, y también potenciar con litio, liotironina o un segundo antidepresivo. En episodios depresivos de trastornos bipolares, los estabilizadores del ánimo, como litio, lamotrigina y ácido valproico, están indicados como primera línea.</p>	<p><b>B</b></p>
<p>Los siguientes medicamentos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo: paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico.</p>	<p><b>1A</b></p>
<p>Cuando sea necesario el tratamiento farmacológico de la depresión durante el embarazo, los ISRS, con excepción de la paroxetina, deben ser los fármacos de primera línea.</p>	<p><b>B</b></p>

### 3.4 Seguimiento

#### Preguntas clínicas abordadas en la guía

*¿Es la Depresión una enfermedad crónica?*

*¿Son frecuentes las recaídas y recurrencia en la Depresión?*

*¿Qué implicancias tienen los síntomas residuales en las recaídas y recurrencia de la Depresión?*

*¿Se pueden prevenir las recaídas y recurrencia de la Depresión?*

#### Síntesis de evidencia

Respecto a la evolución de los trastornos depresivos, se ha observado que el riesgo de recurrencia aumenta en la medida que se producen nuevos episodios. Es así como después del primer episodio de depresión existe un 50% de probabilidades que se produzca un segundo episodio alguna vez en la vida. Con dos episodios, la posibilidad de que ocurra un tercer episodio sube a 70%, y cuando ya se han producido 3 episodios la posibilidad de un nuevo episodio se eleva a 90%.

También existe una tendencia a las recaídas en los primeros meses de recuperación de un episodio depresivo. Los factores de riesgo de una recurrencia son los siguientes: mayor severidad del episodio, mayor edad, presencia de síntomas psicóticos, episodios de curso crónico, antecedentes de episodios recurrentes (3 ó más en la vida) o frecuentes (2 ó más en 5 años) y dificultades para la adherencia al tratamiento.

No hay criterios uniformes respecto de cuándo suspender un tratamiento en los casos en que se presentan los factores de riesgo señalados. Sí es claro, que los beneficios de mantener un tratamiento farmacológico sobre 6 meses, después de la completa remisión de síntomas, son mayores a mayor número de episodios anteriores. El consenso de

expertos apoya la mantención de tratamiento por 2 a 3 ó más años, en los casos con 3 ó más episodios recurrentes.

El seguimiento de los consultantes tratados por depresión consiste en un período post tratamiento, en el que se desarrollan actividades dedicadas a la observación y control de la evolución inmediata y eventualmente, intervenciones adicionales propiamente terapéuticas, con los objetivos de prevenir recaídas, prevenir la cronicidad y fortalecer el ajuste social y calidad de vida del consultante<sup>145</sup>.

La mantención del tratamiento con fármacos antidepresivos, durante la etapa de seguimiento, obedece al objetivo de prevenir la recurrencia de un nuevo episodio<sup>146</sup>.

El seguimiento comienza una vez que se ha alcanzado la remisión de los síntomas y ha finalizado el plan de tratamiento establecido para el consultante. Tiene una duración mínima de 6 meses y máxima de 2 años o más, dependiendo de la reaparición de síntomas o de recaídas que pueden ser de mayor o menor intensidad o de la persistencia de síntomas o limitaciones menores, pero que representan amenazas de cronicidad o recaídas.

En el caso de presentarse una recaída de intensidad suficiente, se reinserta en un plan de tratamiento, antecedido por una consultoría de salud mental o una interconsulta al especialista.

Las actividades a desarrollar durante el seguimiento son algunas o todas las siguientes, dependiendo de la condición clínica y situacional del consultante:

- Controles “a distancia”, telefónicos o por otro medio,
- Consultas de control por profesional de salud,
- Intervenciones psicosociales individuales y/o grupales según corresponda,
- Farmacoterapia de mantención si corresponde (antecedentes de recurrencia o de cronicidad),
- Participación en grupos de autoayuda,
- “Apadrinamiento”, es decir, acompañamiento estructurado realizado por no profesionales entrenados (dedican 1 hora por semana a conversar y a acompañar, centrado en el/la consultante).

De acuerdo a criterio clínico y a las preferencias de la persona en tratamiento, se puede intentar suspender el antidepresivo después de algunos años, con controles periódicos, y si reaparecen síntomas depresivos se puede volver a indicar el medicamento y mantener por un tiempo más prolongado.

En el caso de las personas con depresiones complejas, tratadas inicialmente en el nivel de especialidad (riesgo suicida, refractariedad, depresión bipolar, psicosis), el seguimiento será realizado por el equipo de salud general en el nivel primario de atención, con excepción de aquellos casos en que se mantengan las situaciones que hacen que la depresión haya sido catalogada de compleja<sup>147</sup>.

**Recomendaciones según nivel de evidencia y grado de recomendación:**

<b>Seguimiento:</b> Toda persona tratada por depresión, independientemente de la gravedad de la misma, debe recibir seguimiento por a lo menos 6 meses, contados desde la remisión total de los síntomas.	<b>C</b>
En personas con antecedentes de 2 ó más episodios depresivos anteriores al presente en los últimos 3 años, mantener tratamiento con antidepresivos por al menos 2 años, luego de la remisión de los síntomas.	<b>B</b>
El seguimiento de las personas tratadas por depresión será realizado por el equipo de salud general, exceptuando aquellos casos en que se mantengan las condiciones de complejidad del cuadro.	<b>C</b>



## **4. DESARROLLO DE LA GUÍA**

### **4.1 Grupo de trabajo**

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes.

Rubén Alvarado	Médico Psiquiatra Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública Consultor.
Catalina Bosh	Psicóloga Servicio Nacional de la Mujer Consultora.
Marianela Castillo	Psicóloga Departamento de Salud, I. de Macul Centro Salud Mental Comunitaria de Macul Consultora.
Francisco Espinoza	Psicólogo Departamento de Salud, I. de Macul Centro de Salud Familiar Felix de Amesti - Macul Consultor.
Enrique Jadresic	Médico Psiquiatra Consultor. Universidad de Chile, Facultad de Medicina Norte Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile Clínica Las Condes
Ximena Rayo	Asistente Social. Magister en Salud Pública. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. Consultora.
Pedro Retamal	Médico Psiquiatra. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neuropsirugía (SONEPSYN) GDT, Depresión Universidad de Chile, Facultad de Medicina Oriente. Departamento de Psiquiatría Consultor.
Graciela Rojas	Médico Psiquiatra Universidad de Chile, Facultad Medicina Norte Clínica Psiquiátrica U. de Chile Consultora.
Verónica Vitriol	Médico Psiquiatra Hospital Base de Curicó Servicio de Psiquiatría Hospital Base de Curicó Consultora.

Sandra Saldivia	Psicóloga Universidad de Concepción, Facultad de Medicina Departamento de Psiquiatría Consultora.
Héctor Duque	Médico Psiquiatra Sociedad Chilena de Salud Mental Servicio Psiquiatría Hospital San Borja Arriaran Consultor.
Alfredo Pemjean	Medico Psiquiatra Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Departamento de Salud Mental Equipo Técnico Ministerio de Salud .
Alberto Minoletti	Medico Psiquiatra Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Departamento de Salud Mental Equipo Técnico Ministerio de Salud Jefe del Departamento de Salud Mental
Irma Rojas	Enfermera Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Departamento de Salud Mental Equipo Técnico Ministerio de Salud Coordinadora Grupo Experto.
Dolores Tohá	Secretaría Técnica GES División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud

*Diseño y diagramación de la Guía*

*Lilian Madariaga                      Secretaría Técnica GES  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud*

## **4.2. Declaración de conflictos de interés**

Ninguno de los participantes ha declarado conflicto de interés respecto a los temas abordados en la guía.

Fuente de financiamiento: El desarrollo y publicación de la presente guía han sido financiados íntegramente con fondos estatales.

## **4.3 Revisión sistemática de la literatura**

A partir del conjunto de preguntas formulada por el Grupo de Expertos, se desarrolló una búsqueda de la literatura clínica al respecto, con el objetivo de identificar sistemáticamente y sintetizar la evidencia para responder el listado de las preguntas

formuladas por el Grupo. Las respuestas se basaron en la evidencia en la medida de lo posible. Cuando ésta no existía (utilizando la tabla de criterios de AGREE desde A a D), se utilizó el consenso informal del Grupo para formular las recomendaciones.

En la búsqueda se utilizó una aproximación jerárquica que incluyó las siguientes bases de datos:

- Cochrane Collaboration.
- BIREME, en especial Scielo, de la Organización Panamericana de la Salud.
- NHS Center for Reviews and Dissemination, de los EUA.
- NICE National Institute for Clinical Excellence del Reino Unido, en especial sus Practice Guidelines.
- Practice Guidelines de la Asociación Psiquiátrica Americana.
- New Zealand Guideline Group.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Medline de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EUA, en especial el método MESH de búsqueda.
- United States Agency for Health Research and Quality.
- Bases de datos EBSCO, PsycINFO y Psychological Abstracts.

Las palabras guía que se buscaron fueron: depresión, trastorno depresivo mayor, distimia, antidepresivos, psicoterapia, psicoeducación, suicidio, hipertimia, ciclotimia, depresión y embarazo, depresión y género, depresión en el adulto mayor, depresión en el adolescente, entre otras. La búsqueda se centró en publicaciones posteriores al año 2002, en castellano, inglés o francés, pero en el caso de las publicaciones chilenas de Scielo (Revista Médica de Chile, Revista Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y Revista de Pediatría), se buscó desde 1992 en adelante.

A partir de la revisión sistemática anterior, el grupo se reunió para revisar la evidencia y desarrollar recomendaciones específicas a partir de ésta. Se prepararon resúmenes de la literatura revisada (dando preferencia a los Ensayos Clínicos Controlados, a los meta-análisis, y a las Guías de Práctica Clínica de otros países), y se confeccionó un documento. Cuando no existía evidencia empírica, se buscaron niveles inferiores de evidencia, con estudios de casos clínicos o utilizando el método de consenso grupal basado en criterio de expertos.

#### **4.4 Formulación de las recomendaciones**

Las recomendaciones incluidas en esta Guía se formularon mediante consenso simple en reuniones con los expertos participantes.

#### **4.5 Vigencia y actualización de la guía**

2 años desde la fecha de publicación.

Esta guía será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante, y como mínimo, al término del plazo estimado de vigencia.

## **ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS**

AGREE	:	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation. Instrumento de Evaluación de Guías de Práctica Clínica elaborado por The AGREE Collaboration.
AM	:	Adulto Mayor.
APGAR	:	Examen clínico de neonatología utilizado universalmente que consiste en una prueba medida en 3 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto.
AVISA	:	Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
AVPD	:	Años de Vida Pérdidos por Discapacidad.
CIDI	:	Composite International Diagnostic Interview. Instrumento diagnóstico para estudios epidemiológicos.
CIE-10	:	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión.
CIS-R	:	Clinical Interview Schedule revisada. Instrumento de detección de trastornos del ánimo.
DSM III-R	:	Tercera versión revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la American Psychiatric Association.
DSM IV-TR	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta versión con texto revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la American Psychiatric Association.
EEUU	:	Estados Unidos de Norte América.
FDA	:	Food and Drugs Administration del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
GES	:	Garantías Explicitas en Salud.
GHQ12	:	Cuestionario de Salud General de Golberg (General Health Questionnaire). Versión de 12 preguntas.
GHQ-20	:	Cuestionario de Salud General de Golberg (General Health Questionnaire). Versión de 20 preguntas.
GHQ-30	:	Cuestionario de Salud General de Golberg (General Health Questionnaire). Versión de 30 preguntas.
ISAPRES	:	Instituciones de Salud Previsional.
ISRS	:	Inibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, Antidepresivos.
MINSAL	:	Ministerio de Salud.
NA	:	Noradrenalina.
OMS	:	Organización Mundial de la Salud.
RDC parcial	:	Research Diagnostic Criteria.
SUPRE	:	Suicide Prevention. Estrategia Mundial de Prevención del Suicidio de la OMS.
T3	:	Triyodotironina.
T4	:	Tiroxina.
TB	:	Trastorno Bipolar..
TCC	:	Terapia Cognitivo Conductual.
TEC	:	Terapia Electroconvulsivante.

TEPT	:	Trastorno de Estrés Post Traumático.
TIP	:	Terapia Interpersonal.
TSH	:	Hormona Estimulante del Tiroides (Tirotropina).
VIH	:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
WAIS	:	Wechsler Adults Intelligence Scale. Test de Inteligencia.

## **ANEXO 2: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN**

**Tabla 1: Niveles de evidencia**

<b>Nivel</b>	<b>Descripción</b>
1	Ensayos aleatorizados
2	Estudios de cohorte, estudios de casos y controles, ensayos sin asignación aleatoria
3	Estudios descriptivos
4	Opinión de expertos

**Tabla 2: Grados de recomendación**

<b>Grado</b>	<b>Descripción<sup>(1)</sup></b>
A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad.
B	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada.
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad.
I	Insuficiente información para formular una recomendación.

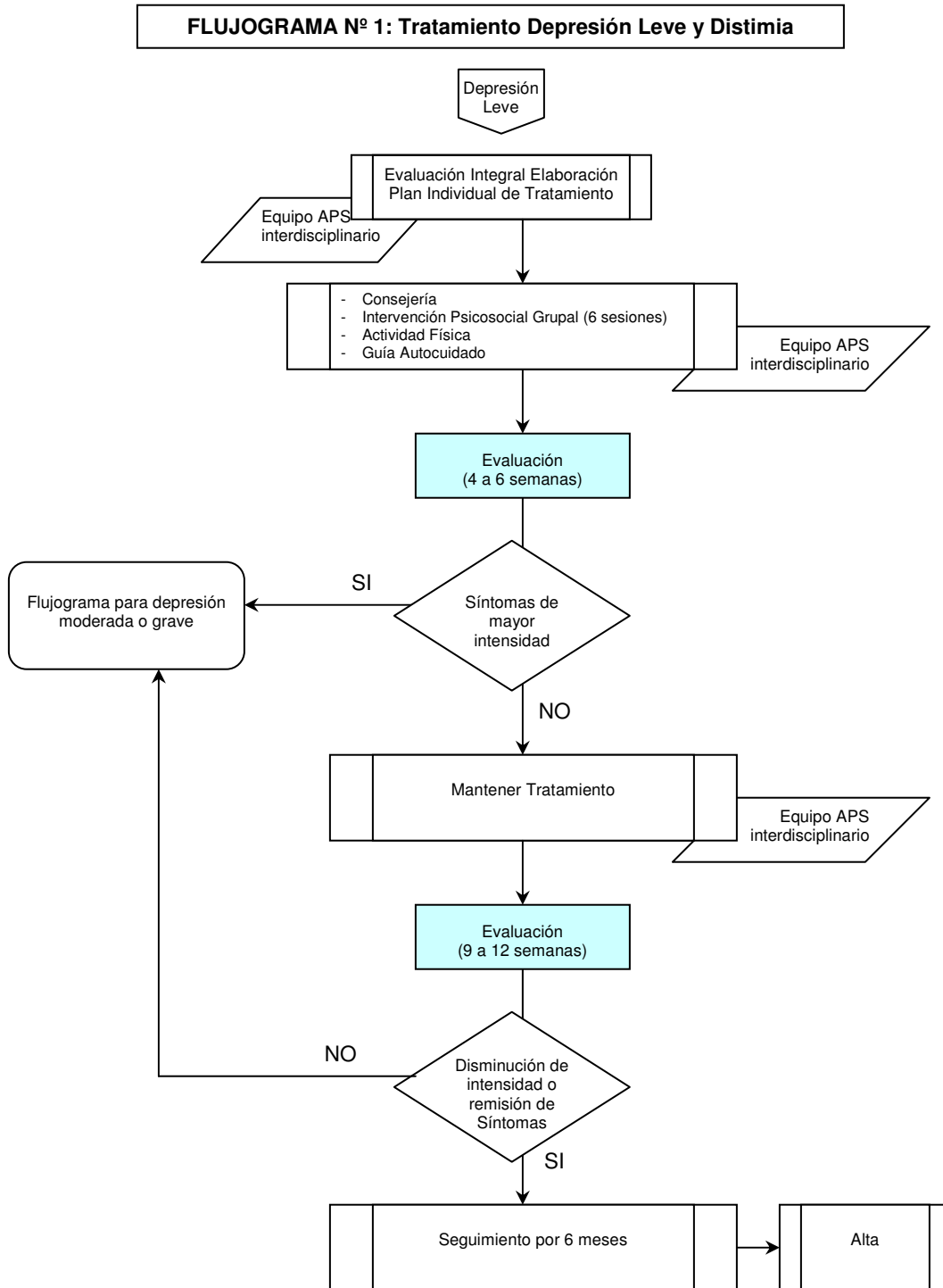
Estudios de “buena calidad”: En intervenciones, ensayos clínicos aleatorizados; en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte con análisis multivariado; en pruebas diagnósticas, estudios con gold estándar, adecuada descripción de la prueba y ciego. En general, resultados consistentes entre estudios o entre la mayoría de ellos.

Estudios de “calidad moderada”: En intervenciones, estudios aleatorizados con limitaciones metodológicas u otras formas de estudio controlado sin asignación aleatoria (ej. Estudios cuasiexperimentales); en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte sin análisis multivariado, estudios de casos y controles; en pruebas diagnósticas, estudios con gold estándar pero con limitaciones metodológicas. En general, resultados consistentes entre estudios o la mayoría de ellos.

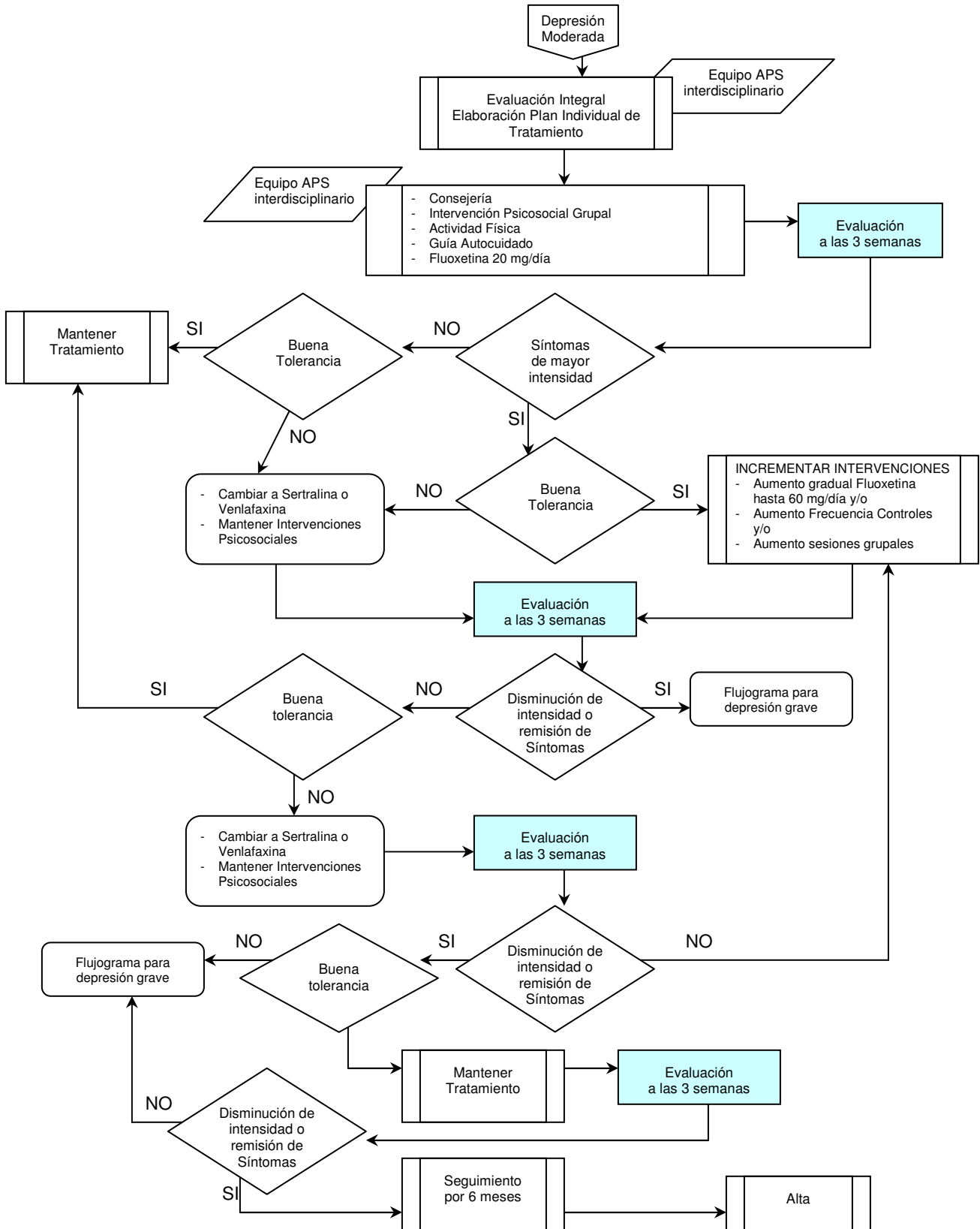
Estudios de “baja calidad”: Estudios descriptivos (series de casos), otros estudios no controlados o con alto potencial de sesgo. En pruebas diagnósticas, estudios sin gold estándar. Resultados positivos en uno o pocos estudios en presencia de otros estudios con resultados negativos.

Información insuficiente: Los estudios disponibles no permiten establecer la efectividad o el balance de beneficio/daño de la intervención, no hay estudios en el tema, o tampoco existe consenso suficiente para considerar que la intervención se encuentra avalada por la práctica.

### ANEXO 3: FLUJOGRAMAS DE MANEJO DE LA DEPRESIÓN

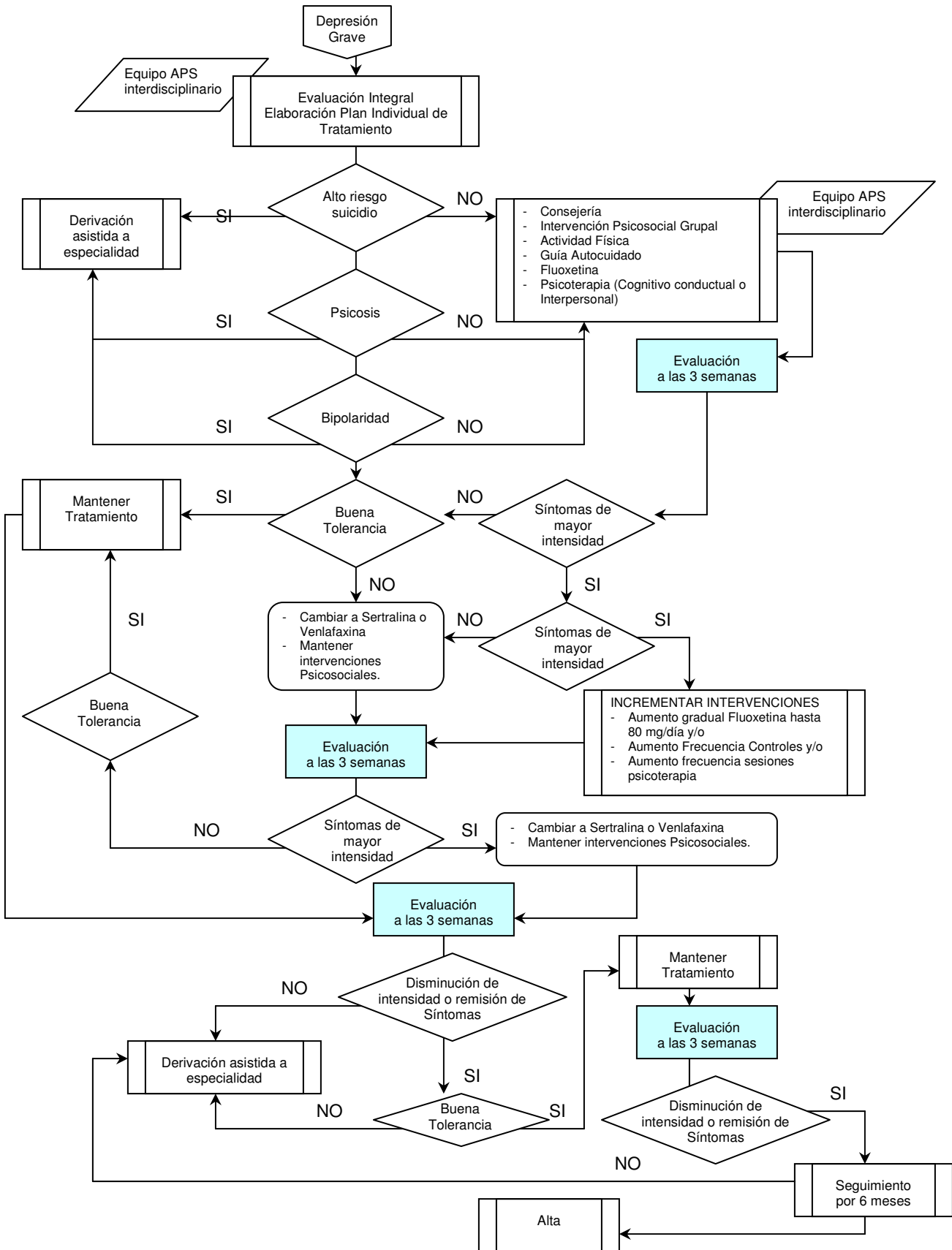


**FLUJOGRAMA N° 2: Tratamiento Depresión Moderada**

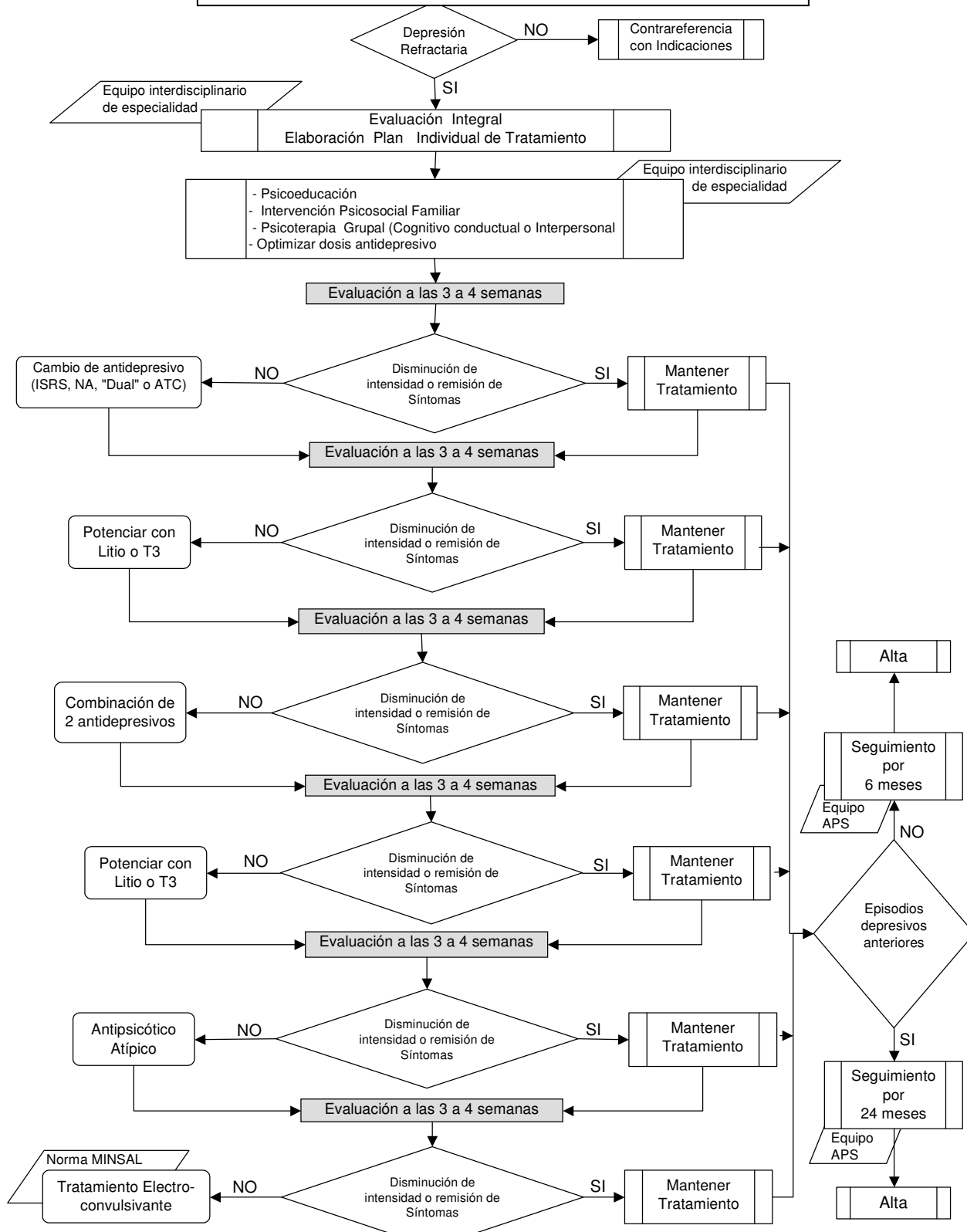




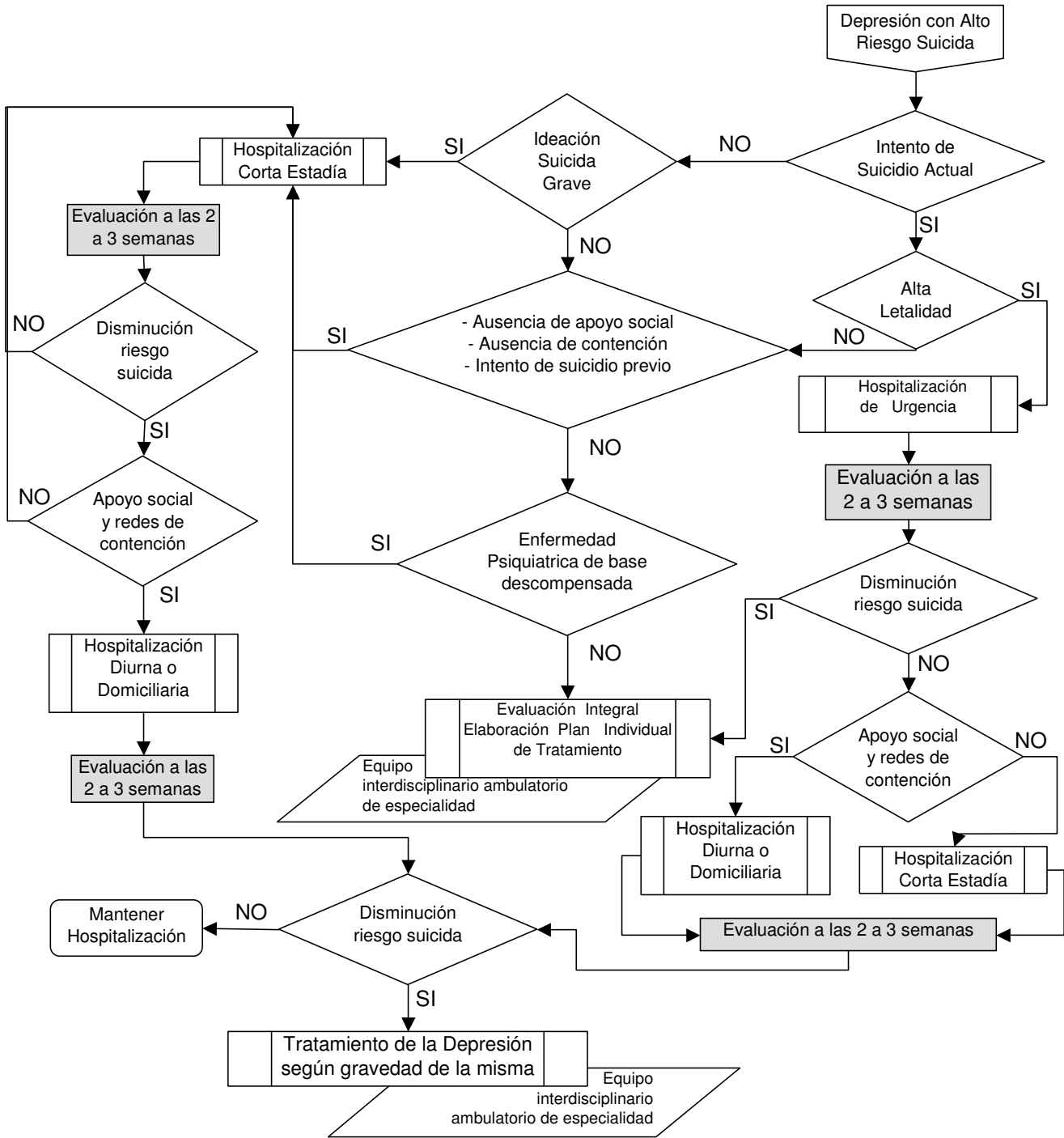
**FLUJOGRAMA N° 3: Tratamiento Depresión Grave**



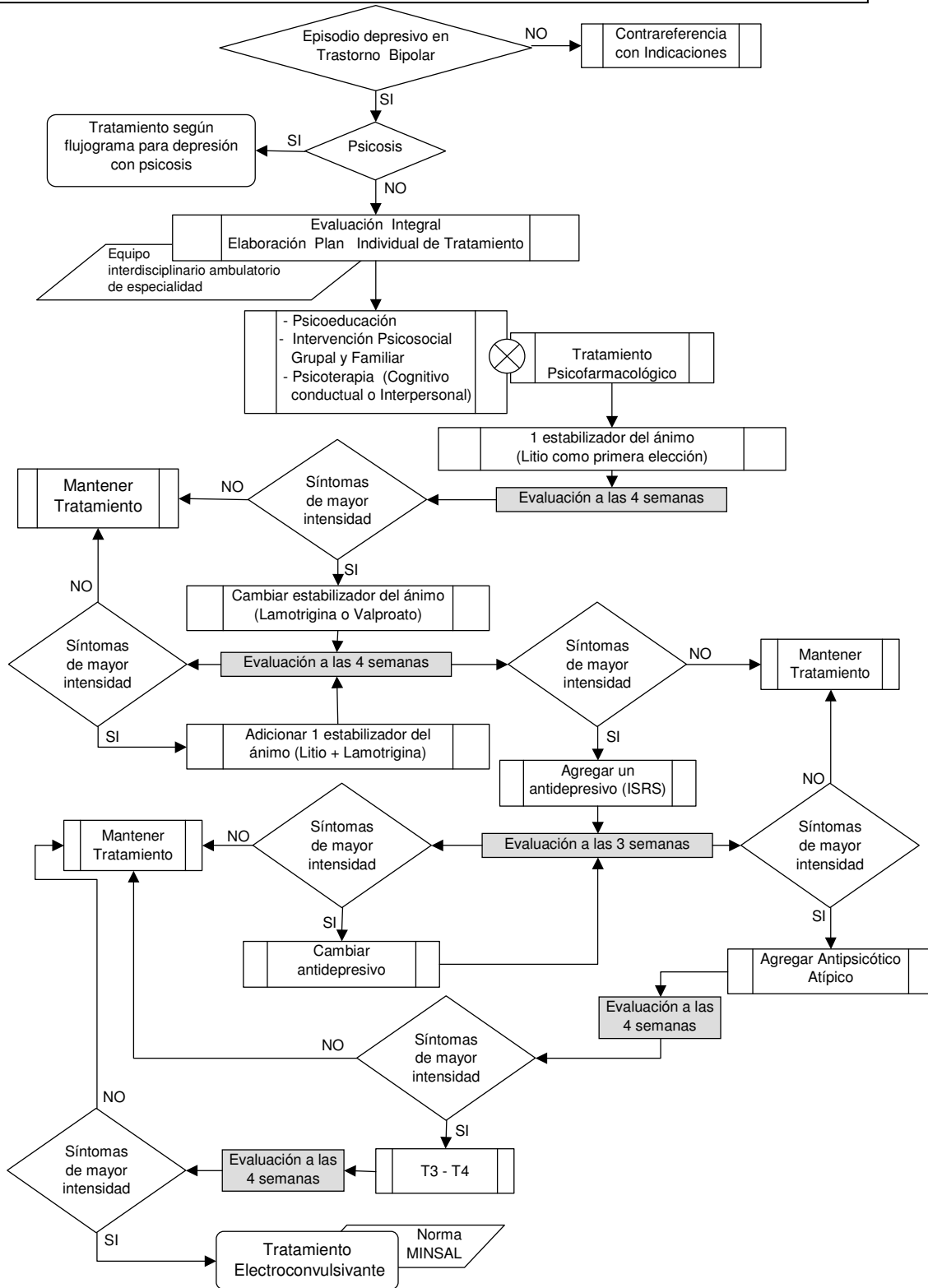
**FLUJOGRAMA N° 4: Tratamiento Depresión Refractaria**



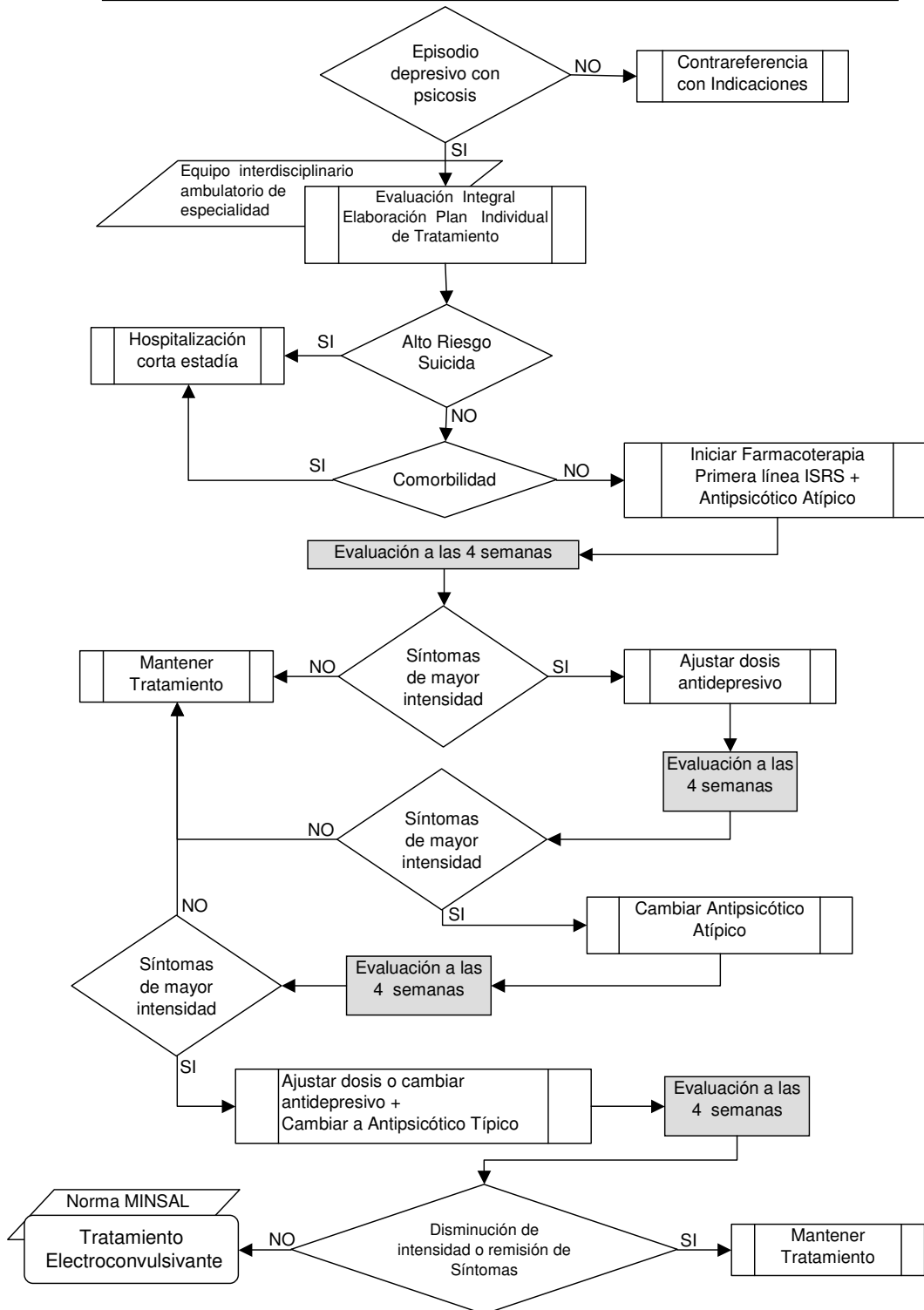
**FLUJOGRAMA N° 5: Manejo Alto Riesgo Suicida en Personas con Depresión**



**FLUJOGRAMA N° 6: Tratamiento Episodio Depresivo en Personas con Trastorno Bipolar**



**FLUJOGRAMA Nº 7: Tratamiento del Episodio Depresivo con Psicosis**



## ANEXO 4: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

### CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLBERG – GHQ 12<sup>(1)</sup>

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

Nº	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
3	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos capaz que lo habitual	1
		Mucha menos capaz	1
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
7	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?	Más que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos	1
8	¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos capaz que lo habitual	1
		Mucha menos capaz	1
9	¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
10	¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	0
		Aproximadamente lo mismo que lo habitual	0
		Menos feliz que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1

(1) Validado en Chile por:  
 Trucco M, Larrain S, Campusano ME. Estudio de un cuestionario para detectar desórdenes emocionales: validación preliminar. Rev Chilena de Neuropsiquiatría 1979; 17:20-26  
 Araya R, Wynn R, Lewis G. A comparison of two psychiatric case finding questionnaires (GHQ-20 and SRQ-20) in primary care in Chile. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1992; 27: 168-173  
 Humphreys D, Ibáñez C, Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, Marchandon A. Validación Preliminar en Chile de una Versión abreviada del Cuestionario General de Salud de Goldberg GHQ-12. Presentado en las XLVI Jornadas anuales de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago, 16 al 19 de octubre de 1991.

#### INTERPRETACIÓN

0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología  
 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral  
 7 a 12 puntos: indicativos de presencia de psicopatología

## ANEXO 5: ESCALA DE DEPRESIÓN POST PARTO DE EDIMBURGO

### ESCALA DE DEPRESION POST PARTO DE EDIMBURGO<sup>(1)</sup>

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Nº	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE	
			2 meses	6 meses
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
		No tanto ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre	0	0
		Menos que antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi nada	3	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Sí, a veces	2	2
		Sí, con mucha frecuencia	3	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, no mucho	1	1
		No, nunca	0	0
6	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0	0
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1	1
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2	2
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
8	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		Sólo ocasionalmente	1	1
		No, nunca	0	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		Nunca	0	0
<b>TOTAL</b>				

(1) Chilean version, in Spanish, of the EPDS. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol 1995; 16(4): 187-191.

#### INTERPRETACIÓN

- Una puntuación de 11 ó más puntos indica sospecha de depresión post parto.
- Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.

**ANEXO 6: MODELO DE ATENCIÓN POR NIVELES ESCALONADOS(\*)**

QUIÉN ES RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDA LA ATENCIÓN	QUÉ SE DEBE HACER
<b>Nivel 5:</b>		
Servicios o unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estadía	Personas con: Riesgo vital Autoabandono severo	Terapia farmacológica Tratamientos combinados TEC
<b>Nivel 4:</b>		
Equipo Comunitario de Salud Mental y Psiquiatría, incluido equipo de intervención en crisis	Personas con: Depresión refractaria/resistente Depresión psicótica Alto riesgo	Terapia farmacológica Intervenciones psicológicas especializadas Tratamientos combinados
<b>Nivel 3:</b>		
Equipo de salud de atención primaria y profesionales de salud mental en atención primaria	Personas con: Depresión moderada y grave	Terapia farmacológica Intervenciones Psicosociales Apoyo social
<b>Nivel 2:</b>		
Equipo de salud de atención primaria y profesionales de salud mental en atención primaria	Personas con: Depresión leve	Consejería Intervenciones Psicosociales Grupales Programa de Actividad Física Guía de Autocuidado
<b>Nivel 1:</b>		
Médicos generales Médicos de familia Equipo de salud de atención primaria primaria	Detección	Evaluación

(\*) Adaptado de: National Collaborating Centre for Mental Health. "Management of depression in primary and secondary care (pag. 58)". NICE Mental Health Guidelines. 2004. [www.rcpsych.ac.uk/publications](http://www.rcpsych.ac.uk/publications)



## ANEXO 7: FARMACOTERAPIA DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

### REPORTES SOBRE EL USO DE ANTIDEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO

Medicamentos	n	Pacientes	Referencias
Fluoxetina	8	1495	Pastuszak 1993; Godlstein 1995; Chambers 1996; McElhatton 1996; Goldstein 1997; Ericson 1999; Cohen 2000; Nulman 1997
Triciclicos	16	1247	Altshuler 1996; Nulman 1997; Ericson 1999; McElhatton 1996
Paroxetina	2	221	Kulin 1998; Ericson 1999
Sertralina	2	184	Kulin 1998; Ericson 1999
Venlafaxina	1	150	Einarson 2001
Fluvoxamina	2	92	McElhatton 1996; Kulin 1997

Altshuler et al. *Am J Psychiatry* 1996;153:592-606.  
 Chambers et al. *N Engl J Med* 1996;335:1010-1015.  
 Cohen et al. *Biol Psychiatry* 2000;48:996-1000.  
 Einarson et al. *Am J Psychiatry* 2001;158:1728-1730.  
 Ericson et al. *Eur J Clin Pharmacol* 1999;55:503-508.  
 Goldstein. *J Clin Psychopharmacol* 1995;15:417-420.

Goldstein et al. *Obstet Gynecol* 1997;89(5 pt 1):713-718.  
 Heikkinen et al. *Clin Pharmacol Ther* 2002;72:184-191.  
 Kulin et al. *JAMA* 1998;279:609-610.  
 Nulman et al. *N Engl J Med* 1997;336:258-262.  
 McElhatton et al. *Reprod Toxicol* 1996;10:285-294.  
 Pastuszak et al. *JAMA* 1993;269:2246-2248.

Grado de riesgo que representa para el feto/lactante el uso de algunos psicofármacos durante el embarazo/lactancia

Fármacos		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**	Fármacos		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**
Antidepresivos				Antipsicóticos			
ISRS	Citalopram	C	ND	Atípicos	Aripipazole	C	ND
	Escitalopram	C	ND		Clozapina	B	Desc mp
	Fluoxetina	C	Desc mp		Olanzapina	C	ND
	Paroxetina	D	Desc mp		Quetiapina	C	Desc mp
	Sertralina	C	Desc mp		Risperidona	C	ND
Tricíclicos y aminas secundarias	Amitriptalina	C	Desc mp	Convencionales	Clorpromazina	C	Desc mp
	Clomipramina	C	Desc mp		Haloperidol	C	Desc mp
	Desipramina	C	Desc mp		Flufenacina	C	ND
	Imipramina	C	Desc mp		Tioridacina	C	ND
Otros	Bupropion	B	Desc mp	Ansiolíticos			
	Duloxetina	C	ND	Benzodiazepinas	Alprazolam	D	Desc mp
	Mirtazapina	C	ND		Clordiazepóxido	D	ND
	Venlafaxina	C	ND		Clonazepam	D	ND
Estabilizadores del ánimo			Cloracepato		D	ND	
	Carbamazepina	D	Compatible		Diazepam	D	Desc mp
	Carbonato de litio	D	Contraind		Lorazepam	D	Desc mp Desc mp
	Lamotrigina	C	ND	Oxazepam	D	ND	
	Oxacarbamazepina	C	ND				
	Acido Valproico	D	Compatible				

\*FDA: Food and Drug Administration

- C: La información disponible sobre su seguridad durante el embarazo es limitada y debe utilizarse únicamente cuando el posible beneficio para la madre justifique el riesgo para el feto.
- D: Hay evidencia positiva de riesgo teratogénico o embriotóxico fetal humano, basados en datos obtenidos de experiencias o estudios en humanos. En cualquier caso habrá que sopesar los beneficios de uso en la gestante a pesar de los riesgos fetales (enfermedades graves en las que no hay otro tratamiento eficaz).

Dosis totales de antidepresivos en niños amamantados cuyas madres fueron tratadas farmacológicamente

Antidepresivo	% de las dosis materna
Fluoxetina	14
Venlafaxina	9.2
Citalopram	5
Paroxetina	1-2
Sertralina	0.2

## REFERENCIAS

- 1 World Health Organization, The World Health Report 2003 - Shaping the Future. Statistical Annex
- 2 World Health Organization, Investing in MENTAL HEALTH, 2003
- 3 Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78
- 4 J. Alonso, M.C. Angermeyer, J.P. Lépine, The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe Acta Psychiatrica Scandinavica Volume 109, Issue s420 , Pages5 – 7 2004 Blackwell Munksgaard
- 5 López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. The Lancet, 2006 May 27, 367(9524):1747-1757
- 6 World Health Organization The global burden of disease: 2004 update. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World Health Organization 2008
- 7 Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, Faria J, Fernandes J, Baxter S, D'Arrigo E. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity Br J Psychiatry 1997; 171:524-529
- 8 Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry 2001; 178: 228-33.
- 9 Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECCP). Rev Méd Chile 2002; 130: 527-36
- 10 Ruiz A, Silva H. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en un Consultorio Externo de Medicina General. Rev Med Chile 1990; 118: 339-45.
- 11 Cumsille P, Martínez ML. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. Rev Chil Pediatr. 1997; 68(2): 74-77
- 12 Lemus V, Yáñez N. Estudio descriptivo-comparativo de la sintomatología neurótica depresiva-angustiosa del pre y post parto en mujeres primíparas. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile, 1986
- 13 Millán, T., Yevenez, R., Galvez, M. & Bahamonde, M. (1990). Encuesta sobre síntomas de depresión en embarazadas de un consultorio urbano de atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 118, 1230-1234.
- 14 Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves E, Olea E, Perucca E, Vera A. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas, en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. Rev Psiquiatría 1992; 9:1168-76
- 15 Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
- 16 Lagos X, Navarro N, Illanes E, Bustos L. Prevalencia de síntomas biológicos y psicológicos en mujeres perimenopáusicas, según estrato socio económico, en la ciudad de Temuco. Rev Med Chile 1998; 126: 1189-94.
- 17 Estudio de Carga de Enfermedad, Informe Final. Ministerio de Salud de Chile. Jefe de Equipo Concha M. 1996
- 18 Ministerio de Salud de Chile, *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007*
- 19 Women's Mental Health: *An Evidence Based Review* Mental Health Determinants and Populations. Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization Geneva 2000
- 20 *Gita Sen, Asha George, Pirooska Östlin* Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Publicación Ocasional No. 14, OMS 2005. Emitido originalmente como el documento "Engendering health equity: A review of research

- and policy” de la Serie Working Papers (Vol. 12, No. 2) del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health (February 2002).
- 21 Vega J, Muñoz MG, George M, Monreal V., La Depresión, detección diagnóstico y tratamiento. Guía Clínica para la Atención Primaria. Ministerio de Salud de Chile, 2001.
- 22 Gilbody S, House AO, Sheldon TA Instrumentos de cribaje (screening) y detección de casos para la depresión *Biblioteca Cochrane Plus* (ISSN 1745-9990). De *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2008. Oxford, Update Software Ltd.
- 23 Araya R, Wynn R & Lewis G. A comparison of two psychiatric case-finding questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27:168-173
- 24 Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1995; 16:187-191.
- 25 Alvarado, R.; Vera, A.C.; Rojas, M. *et al.* \_ La Escala de Edimburgo para la Detección de Cuadros Depresivos en el Postparto. *Revista de Psiquiatría Año IX*: 1177-81, 1992b.
- 26 Sepúlveda SM, Jorge Sitio Web, <http://www.depresiones.cl/recmd.html>
- 27 Weiss E L, Longhurst J G, Mazure C M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 816-28.
- 28 Kendler K, Kuhn J, Prescott C. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for mayor depression in women. *Psychological Medicine* 36: 147-82, 2004.
- 29 Numhauser J, Shwartz N., “Mujeres Sobrepasadas” Actas del Congreso Mundial para la Salud Mental, Santiago de Chile, Agosto 1999.
- 30 Numhauser J., Alvarado R., Soto P, Hermosilla J., Vera A.: “Eventos Traumáticos en la Infancia y Depresión en la Vida Adulta, en una Muestra Comunitaria de Mujeres de la Isla de Chiloé”, *Revista Psiquiatría y Salud Mental* 2004, XXI, N° 2 - 3: 90 – 98.
- 31 Florenzano, Ramón, Weil, Kristina, Cruz, Carlos et al. “Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico”, *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría* [online]. out. 2002, Vol.40, N°4 [citado 12 julio 2007], p.335-340. Disponible en la www: <<http://www.scielo.cl/scielo>.
- 32 Weil K., Florenzano R., Vitriol V., *et al.* “Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico”. *Revista Médica de Chile*. [online]. Diciembre 2004, Vol.132, N° 12 [citado 12 Julio 2007], p.1499-1504. Disponible www: <<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=>
- 33 VITRIOL. V. “Relación entre Psicopatología Adulta y Antecedentes de Trauma Infantil”, *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría* [online]. Junio 2005, Vol. 43, N° 2 [citado 12 Julio 2007], p.83-87. Disponible en la www: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272005000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000200002&lng=es&nrm=iso). ISSN 0717-9227.
- 34 Cancino Arce, Alfredo; Asenjo Ramírez, Andrea; Jofré Galdames, Carolina. Antecedentes Traumáticos Infantiles en Personas Ingresadas al Programa de Depresión en el CES Curico Centro Durante el Año 2006. Año 3, N° 7, noviembre de 2007. [www.cegisutalca.cl/files/FACE\\_ESGS](http://www.cegisutalca.cl/files/FACE_ESGS)
- 35 Maida S. Ana Margarita, Molina P. María Elisa, Basualto R. Carolina, Solis P. Carolina, Leonvendagar B. Ximena, Abarca C. Claudia. La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Rev. chil. pediatr.* [periódico en la Internet]. 2005 Ene [citado 2009 Abr 04] ; 76(1): 41-47. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062005000100005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000100005&lng=es).
- 36 Fritsch M, Rosemarie, Montt S, María Elena, Solfs G, Jaime *et al.* ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Rev. méd. Chile*, mayo 2007, vol.135, no.5, p.602-612. ISSN 0034-9887

- 37 Toledo V, de la Barra F, López C, George M, Rodríguez J. Pesquisa de problemas en salud mental en escolares de 1<sup>er</sup> ciclo básico en el área occidente de Santiago. *Rev Chil Neuropsiquiatría*. 1997; 35: 17-24
- 38 García R, Montt ME, Cabrera J, Valenzuela C, Sepúlveda J, Almonte C. Trastornos psiquiátricos en hijos de padres bipolares. *Rev Chil Neuropsiquiatría* 1999; 223-32.
- 39 Hammen C, Burge D, Burney E et al. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47: 1112-17.
- 40 Beardslee WR, Keller MB, Lavori PW, Klerman GK, Dorer DJ, Samuelson H. Psychiatric disorder in adolescent offspring of parent with affective disorders in a non-referred sample. *J Affect Disord*. 15: 313-322
- 41 Beardslee WR, Versage E, Gladstone TR. Children of Affectively ill parents: A review of the past 10 year. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 1134-41.
- 42 Margaret Strock, *Plain Talk About Depression* 1994. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, PUBLIC HEALTH SERVICE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH National Institute of Mental Health Publication No. 04-3561SP, Impresa en 2001, Reimpreso 2004
- 43 Strock, M 2004 *Depresión*. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spdep3561.cfm#ptdep10>
- 44 Brown GW, Andrews B, Harris T, Adler Z, Bridge L. Social support, self-esteem and depression. *Psychol Med*. 1986 Nov;16(4):813-31.
- 45 Finlay-Jones R, Emmerson JP, Burvill PW, Hall W. Life events, life difficulties and confiding relationships in the depressed elderly. *Br J Psychiatry*. 1989 Dec;155:787-92.
- 46 Brown GW, Adler Z, Bifulco A. Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *Br J Psychiatry*. 1988 Apr;152:487-98.
- 47 Goldberg D, Bridges K, Cook D, Evans B, Grayson D. The influence of social factors on common mental disorders. Destabilisation and restitution. *Br J Psychiatry*. 1990 May;156:704-13.
- 48 Brown GW, Moran P. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *Br J Psychiatry*. 1994 Oct;165(4):447-56.
- 49 Brown GW, Harris TO, Eales MJ. Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996 Jun;(30):50-7.
- 50 Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Soc Sci Med* (2005); 60(8): 1693-1703
- 51 Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health* (2003); 57(7):501-505.
- 52 Alvarado M, Rubén. Investigador Principal, EVALUACIÓN DEL “PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA” DEL MINISTERIO DE SALUD. Análisis de una cohorte de personas ingresadas al programa. Octubre 2004
- 53 Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 2000; 160(9):1261-8.
- 54 Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med*. 1978 Nov;8(4):577-88.
- 55 Brown GW. Role of interpersonal factors in the triggering and evolution of depressive disorders: summary of a research program. *Sante Ment Que*. 1995 Autumn;20(2):15-34
- 56 Daniel J. Smith a, □, Sarah Kyle a, Liz Forty a, Carly Cooper b, James Walters a, Elen Russell a, Sian Caesar b, Anne Farmer c, Peter McGuffin c, Ian Jones a, Lisa Jones b, Nick Craddock Differences in depressive symptom profile between males and females. Brief report. *Journal of Affective Disorders* 108 (2008) 279–284

- 57 Gregorio Gómez-Jarabo, Patologías, Síndromes y alteraciones: Trastornos del Estado de Animo, en psicobiología net. <http://www.biopsicologia.net/path.php4/n2.php4>
- 58 Ballesteros S, Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Rev Neuro-psiquitr* 2007;45 ;288-295
- 59 Oquendo M, Brent D, Birmaher B, et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with mayor depression: Factors mediating association with suicidal behavior. *American Journal Psychiatry* 162:560-566, 2005
- 60 Gladstone G, Parker G, Mitchell P, et al. Implications of childhood trauma for depressed women: and analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self harm and revictimization. *American Journal Psychiatry* 161:1417-25, 2004.
- 61 M.S. Campos, J.A. Martínez-Larrea Affective disorders: analysis of their comorbidity in the more frequent psychiatric disorders, en ANALES del Sistema Sanitario de Navarra, Vol.25, Suplemento 3, 2002 ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 117-136.
- 62 Reschoevers R A, Van HL, Koppelmans V, Kool S, Dekker JJ. Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *DRUGS* 2008;68(12):1621-34. PMID: 18681487 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 63 Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med.* 2006 Nov;36(11):1523-33. Epub 2006 Jul 20.
- 64 Verónica Vitriol G, Mario Gomberoff J, María Elena Basualto, Soledad Ballesteros: Relationship between post-traumatic stress disorder, child sexual abuse and sexual revictimization. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1302-1305
- 65 Holzheimer P, Russo J, Zatzick D et al. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on short term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162:970-976
- 66 Jadresic, Enrique: Depresión Post Parto. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. *Medwave*. Año 4, No. 9, Edición Octubre 2004
- 67 Harvey A Whiteford Depression in primary care: expanding the evidence base for diagnosis and treatment *MJA* 2008; 188 (12 Suppl): S101-S102
- 68 Dawson MY, Michalak EE, Waraich P, Anderson JE, Lam RW Is remission of depressive symptoms in primary care a realistic goal? A meta-analysis. : *BMC Fam Pract.* 2004 Sep 7;5:19.
- 69 Coryell W, Young EA, Coryell W. Suicide and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Lancet.* 2005 Sep 17-23;366(9490):959-61.
- 70 Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: Risks and management. *CNS Spectr.* 2006 Jun;11(6):465-71.
- 71 Pompili M, Innamorati M, Raja M, Falcone I, Ducci G, Angeletti G, Lester D, Girardi P, Tatarelli R, De Pisa E. Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008 Feb;4(1):247-55.
- 72 Organización Mundial de la Salud. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA MÉDICOS GENERALISTAS WHO/MNH/MBD/00.1, 2000
- 73 Anderson IM, Ferrier IN et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology* XXX (XX) (2008) 1-54
- 74 Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, Peters Tj. Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* (2003); 361:995-1000. NIMH-USA-1R03MH59368-01.
- 75 Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Casaus P, Folch S, Basora J, Labad A; INDI research group. Assessment of an enhanced program for

- depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). BMC Public Health. 2007 Sep 20;7:253.
- 76 National Collaborating Centre for Mental Health. NICE Mental Health Guidelines. Depression . Management of depression in primary and secondary care .2004. www.rcpsych.ac.uk/publications
- 77 Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003;163(20):2433–45.
- 78 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. “ Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression “. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:389–407
- 79 Huibers MJ, Beurskens A, Bleijenberg G, van Schayck OP Psychosocial interventions by general practitioners (Review) *The Cochrane Library* 2009, Issue 1 <http://www.thecochranelibrary.com>
- 80 Brown C, Schulberg HC. The efficacy of Psychosocial treatment in Primary Care. A Review of Randomized Clinical Trials. Gen Hosp Psychiatry 1995; 17: 414-424
- 81 Bower, P; Rowland, N; Mellor Clark, J; Heywood, P; Godfrey, C; Hardy, R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care [Review] The Cochrane Database of Systematic Reviews The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
- 82 Sherrill JT, Kovacs M. Nonsomatic treatment of depression. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2002 Jul;11(3):579-93.
- 83 Leal Rubio, J., «¿Nuevas demandas, nuevas necesidades de atención a la salud mental? , en *Equipos e instituciones de salud mental*, Madrid, AEN, 1997.
- 84 Ministerio de Salud. Intervención grupal para el tratamiento de la depresión. 2001.
- 85 Almendras, Ivette: Método EBE, Estrategias de "Bien-Estar". Ediciones del Milenio. Montevideo 2002.
- 86 Department of Health. “Exercise referral systems. a national quality assurance frame work”. London. 200
- 87 Thoren P, Floras J S; Hoffmann P Endorphins and exercise : physiological and clinical implications. Medical Science, Sports and Exercise, 22 (4), 417-428, 1990.
- 88 den Boer, PCAM; Wiersma, D; Russo, S; van den Bosch, RJ. Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders [Review]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
- 89 Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths GJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev, 2007 Oct 17; (4): CD005108.PMID: 17943839 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 90 Anderson I, Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants:a meta-análisis of efficacy and tolerability. J Affect Disord. 2000; 58:19-36
- 91 Bech P, Ciadella P, Haugh MC, Birkett MA, Hours A, Tollefson GD. Meta-analysis of randomised trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. Br J Psychiatry 2000 May; 176:421-8
- 92 Geddes, JR; Freemantle, N; Mason, J; Eccles, MP; Boynton, J. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus other antidepressants for depression [Review]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
- 93 Guaiana, G; Barbui, C; Hotopf, M Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression [Review]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005,

- <sup>94</sup> Furukawa, TA; Streiner, DL; Young, LT Antidepressants and benzodiazepine for major depression [Review] The Cochrane Database of Systematic Reviews The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
- <sup>95</sup> Canadian Psychiatric Association. Clinical Guidelines for the treatment of depressive disorders. Principles of management. The Canadian Journal of Psychiatry, 2001. Vol. 46, Suppl 1
- <sup>96</sup> Jarret RB, Kraft D, Doyle J. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase : a randomized clinical trial. Archives of General Psychiatry 2001; 58 : 381 – 388.
- <sup>97</sup> Austin MP, Souza FG, Goodwin GM. Lithium augmentation in antidepressant-resistant patients. a quantitative analysis Br J Psychiatry. 1991 Oct;159:510-4.
- <sup>98</sup> Bauer M, Dopfmer S. Lithium augmentation in treatment-resistant depression: meta-analysis of placebo-controlled studies. J Clin Psychopharmacol. 1999 Oct;19(5):427-34.
- <sup>99</sup> Aronson R, Offman HJ, Joffe Rt, Taylor CD. Triiodothyronine Augmentation in the treatment of Refractory Depression: A Meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:842-848
- <sup>100</sup> Joffe RT, Singer W. Acomparision of Triiodothyronine and Thyroxine in the Potentiation of Tricyclic Antidepressants. Psychiatry Research 1990; 32: 241-251
- <sup>101</sup> Smith D, Dempster C, Glamville J, Freemantle N; Anderson I. Efficacy and tolerability of Venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors an other antidepressants: a meta-analysis Br J Psychiatry 2002 May; 180:396-404
- <sup>102</sup> The UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2003; 361:799 –808
- <sup>103</sup> Protocolo para el Tratamiento de Personas con Depresión Severa. Nivel Secundario de Atención. Ministerio de Salud de Chile. Retamal P. Coordinador 2004
- <sup>104</sup> Barbosa L, Berk M, Vorster M. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of augmentation with lamotrigine or placebo in patients concomitantly treated with fluoxetine for resistant major depressive episodes. J Clin Psychiatry. 2003 Apr;64(4):403-7
- <sup>105</sup> Normann C, Hummel B, Scharer LO, Horn M, Grunze H, Walden J. Lamotrigine as adjunct to paroxetine in acute depression: a placebo-controlled, double-blind study. J Clin Psychiatry. 2002 Apr;63(4):337-44.
- <sup>106</sup> Bower, P; Rowland, N; Mellor Clark, J; Heywood, P; Godfrey, C; Hardy, R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care [Review] The Cochrane Database of Systematic Reviews The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
- <sup>107</sup> Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Ascher JA, Monaghan E, Rudd GD. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. J Clin Psychiatry. 1999 Feb;60(2):79-88
- <sup>108</sup> Davis LL, Bartolucci A, Petty F. Divalproex in the treatment of bipolar depression: a placebo-controlled study. J Affect Disord. 2005 Apr;85(3):259-66
- <sup>109</sup> Young LT, Joffe RT, Robb JC, MacQueen GM, Marriott M, Patelis-Siotis I. Double-blind comparison of addition of a second mood stabilizer versus an antidepressant to an initial mood stabilizer for treatment of patients with bipolar depression. Am J Psychiatry. 2000 Jan;157(1):124-6.
- <sup>110</sup> Janicak PG, Keck PE Jr, Davis JM, Kasckow JW, Tugrul K, Dowd SM, Strong J, Sharma RP, Strakowski SM. A double-blind, randomized, prospective evaluation of the efficacy and safety of risperidone versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder. J Clin psychopharmacol. 2001 Aug;21(4):360-8.
- <sup>111</sup> Muller-Siecheneder F, Muller MJ, Hillert A, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Risperidone versus haloperidol and amitriptyline in the treatment of patients with a combined psychotic and depressive syndrome. J Clin Psychopharmacol. 1998 Apr;18(2):111-20.



- <sup>112</sup> Wolfersdorf M, Barg T, König F, Leibfarth M, Grunewald I. Paroxetine as antidepressant in combined antidepressant-neuroleptic therapy in delusional depression: observation of clinical use. *Pharmacopsychiatry*. 1995 Mar;28(2):56-60.
- <sup>113</sup> Wolfersdorf M, König F, Straub R. Pharmacotherapy of delusional depression: experience with combinations of antidepressants with the neuroleptics zotepine and haloperidol. *Neuropsychobiology*. 1994;29(4):189-93.
- <sup>114</sup> Rothschild A J , Bates KS, Boehringer K L, Syed A. Olanzapine response in psychotic depression. *J. Clin. Psychiatry* 1999, 60 : 116 –8.
- <sup>115</sup> Ministerio de Salud de Chile, Encuesta de calidad de vida, Informe Final. 2006
- <sup>116</sup> Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res*. 2004 Apr-Jun;31(2):117-33.
- <sup>117</sup> Jadresic, 2007 Jadresic E, Nguyen DN, Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *J Affect Disord*. 2007 Sep;102(1-3):237-43. Epub 2006 Nov 27.
- <sup>118</sup> Moreno A, Domínguez L, Franca P. Depresión postparto: prevalencia de Test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2004; 69: 209-213.
- <sup>119</sup> Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, Downing G, Tronick EZ, Mundt C. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*. 2004 Nov-Dec;37(6):272-80. Epub 2004 Nov 9.
- <sup>120</sup> Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, Guajardo V, Araya R. Treating postpartum depression in primary care in Santiago, Chile: a randomized clinical trial. *Lancet* (2007); 370:1629-1637. FONDECYT 1040434.
- <sup>121</sup> Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk and nursing infants. *American Journal of Psychiatry*. 2004 Jun; 161(6): 1066-1078.
- <sup>122</sup> Dennis, CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ*. 2005 Jul 2;331(7507):15.
- <sup>123</sup> Dennis CL, Hodnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, Kiss A. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 Jan 15;338:a3064. doi: 10.1136/bmj.a3064.
- <sup>124</sup> Wisner KL, Wheeler SB Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry*. 1994 Dec;45(12):1191-6
- <sup>125</sup> Wogelius P et al. *Pharmacoepidem Drug Safety* 2005; 14: S72-S73. GlaxoSmithKline Clinical Trial Register. [www.ctr.gsk.co.uk](http://www.ctr.gsk.co.uk). Källén B et al. [www.janusinfo.org](http://www.janusinfo.org)
- <sup>126</sup> Nordeng H, Lindemann R, Perminov KV, Reikvam A. Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Paediatr*. 2001 Mar;90(3):288-91.
- <sup>127</sup> Lyness JM, Chapman BP, Drayer R, Duberstein PR. One-Year Outcomes Of Minor And Subsyndromal Depression In Older Primary Care Patients. *Int Psychogeriatr*. 2009 Feb;21(1):60-8. Epub 2008 Sep.
- <sup>128</sup> Fergusson DM, Wanner B, Vitaro F, Horwood LJ, Swain-Campbell N (2003), Deviant peer affiliations and depression: confounding or causation. *J Abnorm Child Psychol* 31:605Y618
- <sup>129</sup> American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ( AACAP). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 46:11, NOVEMBER 2007
- <sup>130</sup> Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. (1996), Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1427Y1439
- <sup>131</sup> Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL (2005), Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 62:66-72

- <sup>132</sup> Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH (2003b), Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *J Abnorm Psychol* 112:353-363
- <sup>133</sup> Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. (2007), Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 297:1683 -1696
- <sup>134</sup> Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL (2005), Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry* 46:735-754
- <sup>135</sup> Barbe RP, Bridge J, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA (2004), Lifetime history of sexual abuse, clinical presentation, and outcome in a clinical trial for adolescent depression. *J Clin Psychiatry* 65:77 - 83
- <sup>136</sup> Brent DA, Kolko D, Birmaher B et al. (1998), Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:906Y914
- <sup>137</sup> Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E (2006), A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:1151Y1161
- <sup>138</sup> Rohde P, Clarke GN, Mace DE, Jorgensen JS, Seeley JR (2004), An efficacy/ effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:660Y668
- <sup>139</sup> Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM (2004), A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 61 : 577 – 584.
- <sup>140</sup> Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R (1999), Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 56:573Y579
- <sup>141</sup> Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM (2006), Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull* 132: 132 - 149
- <sup>142</sup> Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, Anderson M, Landon C, Tang L, Wells KB. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Jan 19;293(3):311-9.
- <sup>143</sup> Michael KD. Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*(22) 247-269 2002.
- <sup>144</sup> Karlson L, Kivirius O, Miettunen J, Heilä H, Holi M, Ruutu T, Tuisku V, Pelkonen M, Marttunen M. One year course and predictors of outcome of adolescent depression : a case control study in Finland. *J. Clin. Psychiatry* 2008 My; 69 (5) : 844-53.
- <sup>145</sup> Howell C, Marshall C, Opolski M, Newbury W. Management of recurrent depression. *Aust Fam Physician*. 2008 Sep;37(9):704-8.
- <sup>146</sup> Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract*. 2008 May 5;9:25.
- <sup>147</sup> Katon W, Rutter C, Ludman E J et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58 : 241 –247.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, Faria J, Fernandes J, Baxter S, D'Arrigo E. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity Br J Psychiatry 1997; 171:524-529
- Almendras, Ivette: Método EBE, Estrategias de "Bien-Estar". Ediciones del Milenio. Montevideo 2002.
- Alvarado M, Rubén. Investigador Principal, EVALUACIÓN DEL "PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA" DEL MINISTERIO DE SALUD. Análisis de una cohorte de personas ingresadas al programa. Octubre
- Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves E, Olea E, Perucca E, Vera A. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas, en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. Rev Psiquiatría 1992; 9:1168-76
- Alvarado, R.; Vera, A.C.; Rojas, M. *et al.* \_ La Escala de Edimburgo para la Detección de Cuadros Depresivos en el Postparto. *Revista de Psiquiatría Año IX*: 1177-81, 1992b.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ( AACAP). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, 46:11, NOVEMBER 2007
- Anderson I, Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. J Affect Disord. 2000; 58:19-36
- Anderson IM, Ferrier IN et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. Journal of Psychopharmacology XXX (XX) (2008) 1-54
- Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Casaus P, Folch S, Basora J, Labad A; INDI research group. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The
- ARAYA R, LEWIS G, ROJAS G, FRITSCH R. Education and income: which is more important for mental health? J Epidemiol Community Health (2003); 57(7):501-505.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry 2001; 178: 228-33.
- Araya R, Wynn R & Lewis G. A comparison of two psychiatric case-finding questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27:168-173
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, Peters Tj. Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. Lancet (2003); 361:995-1000. NIMH-USA-1R03MH59368-01.
- Aronson R, Offman HJ, Joffe Rt, Taylor CD. Triiodothyronine Augmentation in the treatment of Refractory Depression: A Meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:842-848
- Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, Anderson M, Landon C, Tang L, Wells KB. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. JAMA. 2005 Jan 19;29
- Austin MP, Souza FG, Goodwin GM. Lithium augmentation in antidepressant-resistant patients. a quantitative analysis Br J Psychiatry. 1991 Oct;159:510-4.
- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003;163(20):2433-45.
- Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: Risks and management. CNS Spectr. 2006 Jun;11(6):465-71.
- Ballesteros S, Mujeres con depresión severa :Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. Rev Neuro-psiquitr 2007;45 ;288-295
- Barbe RP, Bridge J, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA (2004), Lifetime history of sexual abuse, clinical presentation, and outcome in a clinical trial for adolescent depression. J Clin Psychiatry 65:77 - 83

- Barbosa L, Berk M, Vorster M. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of augmentation with lamotrigine or placebo in patients concomitantly treated with fluoxetine for resistant major depressive episodes. *J Clin Psychiatry*. 2003 Apr;64(4):403
- Bauer M, Dopfmer S. Lithium augmentation in treatment-resistant depression: meta-analysis of placebo-controlled studies. *J Clin Psychopharmacol*. 1999 Oct;19(5):427-34.
- Beardslee WR, Keller MB, Lavori PW, Klerman GK, Dorer DJ, Samuelson H. Psychiatric disorder in adolescent offspring of parent with affective disorders in a non-referred sample. *J Affect Disord*. 15: 313-322
- Beardslee WR, Versage E, Gladstone TR. Children of Affectively ill parents: A review of the past 10 year. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 1134-41.
- Bech P, Ciadella P, Haugh MC, Birkett MA, Hours A, Tollefson GD. Meta-analysis of randomised trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *Br J Psychiatry* 2000 May; 176:421-8
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. (1996), Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1427Y1439
- Bower, P; Rowland, N; Mellor Clark, J; Heywood, P; Godfrey, C; Hardy, R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care [Review] The Cochrane Database of Systematic Reviews The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaborat
- Brent DA, Kolko D, Birmaher B et al. (1998), Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:906Y914
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. (2007), Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 297:1683 -1696
- Brown C, Schulberg HC. The efficacy of Psychosocial treatment in Primary Care. A Review of Randomized Clinical Trials. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 414-424
- Brown GW, Adler Z, Bifulco A. Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *Br J Psychiatry*. 1988 Apr;152:487-98.
- Brown GW, Andrews B, Harris T, Adler Z, Bridge L. Social support, self-esteem and depression. *Psychol Med*. 1986 Nov;16(4):813-31.
- Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med*. 1978 Nov;8(4):577-88.
- Brown GW, Harris TO, Eales MJ. Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996 Jun;(30):50-7.
- Brown GW, Moran P. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *Br J Psychiatry*. 1994 Oct;165(4):447-56.
- Brown GW. Role of interpersonal factors in the triggering and evolution of depressive disorders: summary of a research program. *Sante Ment Que*. 1995 Autumn;20(2):15-34
- Bower, P; Rowland, N; Mellor Clark, J; Heywood, P; Godfrey, C; Hardy, R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care [Review] The Cochrane Database of Systematic Reviews The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collabora
- Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78
- Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Ascher JA, Monaghan E, Rudd GD. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. *J Clin Psychiatry*. 1999 Feb;60(2):79-88
- Canadian Psychiatric Association. Clinical Guidelines for the treatment of depressive disorders. Principles of management. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2001. Vol. 46, Suppl 1
- Cancino Arce, Alfredo; Asenjo Ramírez, Andrea; Jofré Galdames, Carolina. Antecedentes Traumáticos Infantiles en Personas Ingresadas al Programa de Depresión en el CES Curico Centro Durante el Año 2006. Año 3, Nº 7, noviembre de 2007. [www.cegisutalca.cl/fi](http://www.cegisutalca.cl/fi)

- Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL (2005), Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry* 46:735-754
- Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract.* 2008 May 5;9:25.
- Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res.* 2004 Apr-Jun;31(2):117-33.
- Coryell W, Young EA, Coryell W. Suicide and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Lancet.* 2005 Sep 17-23;366(9490):959-61.
- Cumsille P, Martínez ML. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev Chil Pediatr.* 1997; 68(2): 74-77
- Daniel J. Smith a, □, Sarah Kyle a, Liz Forty a, Carly Cooper b, James Walters a, Elen Russell a, Sian Caesar b, Anne Farmer c, Peter McGuffin c, Ian Jones a, Lisa Jones b, Nick Craddock Differences in depressive symptom profile between males and females.
- Davis LL, Bartolucci A, Petty F. Divalproex in the treatment of bipolar depression: a placebo-controlled study. *J Affect Disord.* 2005 Apr;85(3):259-66
- Dawson MY, Michalak EE, Waraich P, Anderson JE, Lam RW Is remission of depressive symptoms in primary care a realistic goal? A meta-analysis. : *BMC Fam Pract.* 2004 Sep 7;5:19.
- den Boer, PCAM; Wiersma, D; Russo, S; van den Bosch, RJ. Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders [Review]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
- Dennis CL, Hodnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, Kiss A. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ.* 2009 Jan 15;338:a3064. doi: 10.1136/bmj.a3064.
- Dennis, CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ.* 2005 Jul 2;331(7507):15.
- Department of Health. " Exercise referral systems . a national quality assurance frame work. London. 2000
- Estudio de Carga de Enfermedad, Informe Final. Ministerio de Salud de Chile. Jefe de Equipo Concha M. 1996
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL (2005), Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 62:66-72
- Fergusson DM, Wanner B, Vitaro F, Horwood LJ, Swain-Campbell N (2003), Deviant peer affiliations and depression: confounding or causation. *J Abnorm Child Psychol* 31:605Y618
- Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *National Health and Nutrition Examination Survey. Archives of Internal Medicine*, 2000; 160(9):1261-8.
- Finlay-Jones R, Emmerson JP, Burvill PW, Hall W. Life events, life difficulties and confiding relationships in the depressed elderly. *Br J Psychiatry.* 1989 Dec;155:787-92.
- Florenzano, Ramón, Weil, Kristina, Cruz, Carlos et al. "Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico", *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría* [online]. out. 2002, Vol.40, N°4 [citado 12 julio 2007], p.335-340. Disponible
- Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths GJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007 Oct 17; (4): CD005108.PMID: 17943839 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Fritsch M, Rosemarie, Montt S, María Elena, Solfs G, Jaime *et al.* ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?. *Rev. méd. Chile*, mayo 2007, vol.135, no.5, p.602-612. ISSN 0034-9887

- Furukawa, TA; Streiner, DL; Young, LT Antidepressants and benzodiazepine for major depression [Review] The Cochrane Database of Systematic Reviews The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005.
- García R, Montt ME, Cabrera J, Valenzuela C, Sepúlveda J, Almonte C. Trastornos psiquiátricos en hijos de padres bipolares. *Rev Chil Neuropsiquiatría* 1999; 223-32.
- Geddes, JR; Freemantle, N; Mason, J; Eccles, MP; Boynton, J. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus other antidepressants for depression [Review]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochr
- Gilbody S, House AO, Sheldon TA Instrumentos de cribaje (screening) y detección de casos para la depresión *Biblioteca Cochrane Plus* (ISSN 1745-9990). De *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2008. Oxford, Update Software Ltd.
- Gita Sen, Asha George, Piroška Östlin Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Publicación Ocasional No. 14, OMS 2005. Emitido originalmente como el documento "Engendering health equity:
- Gladstone G, Parker G, Mitchell P, et al. Implications of childhood trauma for depressed women: and analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self harm and revictimization. *American Journal Psychiatry* 161:1417-25, 2004.
- Goldberg D, Bridges K, Cook D, Evans B, Grayson D. The influence of social factors on common mental disorders. Destabilisation and restitution. *Br J Psychiatry*. 1990 May;156:704-13.
- Gregorio Gómez-Jarabo, Patologías, Síndromes y alteraciones: Trastornos del Estado de Animo, en psicobiología net. <http://www.biopsicologia.net/path.php4/n2.php4>
- Guaiana, G; Barbui, C; Hotopf, M Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression [Review]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3), 2005,
- Hammen C, Burge D, Burney E et al. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47: 1112-17.
- Harvey A Whiteford Depression in primary care: expanding the evidence base for diagnosis and treatment *MJA* 2008; 188 (12 Suppl): S101-S102
- Holzheimer P, Russo J, Zatzick D et al. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on short term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am J Psychiatry* 2005;. 162:970-976
- Howell C, Marshall C, Opolski M, Newbury W. Management of recurrent depression. *Aust Fam Physician*. 2008 Sep;37(9):704-8.
- Huibers MJ, Beurskens A, Bleijenberg G, van Schayck OP Psychosocial interventions by general practitioners (Review) *The Cochrane Library* 2009, Issue 1 <http://www.thecochranelibrary.com>
- J. Alonso, M.C. Angermeyer, J.P. Lépine, The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 109, Issue s420 , Pages5 –
- Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1995; 16:187-191.
- Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
- Jadresic, 2007Jadresic E, Nguyen DN, Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *J Affect Disord*. 2007 Sep;102(1-3):237-43. Epub 2006 Nov 27.
- Jadresic, Enrique: Depresión Post Parto. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. Medwave. Año 4, No. 9, Edición Octubre 2004
- Janicak PG, Keck PE Jr, Davis JM, Kasckow JW, Tugrul K, Dowd SM, Strong J, Sharma RP, Strakowski SM. A double-blind, randomized, prospective evaluation of the efficacy and safety of risperidone versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder

- Jarret RB, Kraft D, Doyle J. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase : a randomized clinical trial. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58 : 381 – 388.
- Joffe RT, Singer W. Acomparision of Triiodothyronine and Thyroxine in the Potentiation of Tricyclic Antidepressants. *Psychiatry Research* 1990; 32: 241-251
- Karlson L, Kiviruus O, Miettunen J, Heilä H, Holi M, Ruutu T, Tuisku V, Pelkonen M, Marttunen M. One year cours and predictors of outcome of adolescent depression : a case control study in Finland. *J. Clin. Psychiatry* 2008 My; 69 (5) : 844-53.
- Katon W, Rutter C, Ludman E J et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58 : 241 –247.
- Kendler K, Kuhn J, Prescott C. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for mayor depression in women. *Psychological Medicine* 36: 147-82, 2004.
- Lagos X, Navarro N, Illanes E, Bustos L. Prevalencia de síntomas biológicos y psicológicos en mujeres perimenopáusicas, según estrato socio económico, en la ciudad de Temuco. *Rev Med Chile* 1998; 126: 1189-94.
- Leal Rubio, J., «¿Nuevas demandas, nuevas necesidades de atención a la salud mental? , en *Equipos e instituciones de salud mental*, Madrid, AEN, 1997.
- Lemus V, Yáñez N. Estudio descriptivo-comparativo de la sintomatología neurótica depresiva-angustiosa del pre y post parto en mujeres primíparas. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile, 1986
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH (2003b), Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *J Abnorm Psychol* 112:353-363
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 2006 May 27, 367(9524):1747-1757
- Lyness JM, Chapman BP, Drayer R, Duberstein PR. One-Year Outcomes Of Minor And Subsyndromal Depression In Older Primary Care Patients. *Int Psychogeriatr*. 2009 Feb;21(1):60-8. Epub 2008 Sep.
- Maida S. Ana Margarita, Molina P. María Elisa, Basualto R. Carolina, Bahamondes P. Carolina, Leonvendagar B. Ximena, Abarca C. Claudia. La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos?. *Rev. chil. pediatr*. [periódico
- M.S. Campos, J.A. Martínez-Larrea Affective disorders: analysis of their comorbidity in the more frequent psychiatric disorders, en ANALES del Sistema Sanitario de Navarra, Vol.25, Suplemento 3, 2002 ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 117-136.
- Margaret Strock, *Plain Talk About Depression*1994. DEPA R TMENT OF HEALT H AND HUMAN S E R VICES, PUBLIC HEALTH S E R VICE NATIONAL INSTITUTES OF HEALT H National Institute of Mental Health Publicacion No. 04-3561SP, Impresa en 2001, Reimpreso 2004
- Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E (2006), A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:1151Y1161
- Michael KD. Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depresión? Ameta-analytic review. *Clinical Psychology Review*(22) 247-269 2002.
- Millán, T., Yevenez, R., Galvez, M. & Bahamonde, M. (1990). Encuesta sobre síntomas de depresión en embarazadas de un consultorio urbano de atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 118, 1230-1234.
- Ministerio de Salud de Chile, Encuesta de calidad de vida, Informe Final. 2006
- Ministerio de Salud de Chile, *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007*
- Ministerio de Salud. Intervención grupal para el tratamiento de la depresión. 2001.

- Moreno A, Domínguez L, Franca P. Depresión postparto: prevalência de Test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasília, Brasil. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2004; 69: 209-213.
- Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM (2004), A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 61 : 577 – 584.
- Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R (1999), Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 56:573Y579
- Muller-Siecheneder F, Muller MJ, Hillert A, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Risperidone versus haloperidol and amitriptyline in the treatment of patients with a combined psychotic and depressive syndrome. *J Clin Psychopharmacol.* 1998 Apr;18(2):111-20.
- National Collaborating Centre for Mental Health. NICE Mental Health Guidelines. Depression . Management of depression in primary and secondary care .2004. [www.rcpsych.ac.uk/publications](http://www.rcpsych.ac.uk/publications)
- Nordeng H, Lindemann R, Perminov KV, Reikvam A. Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Paediatr.* 2001 Mar;90(3):288-91.
- Normann C, Hummel B, Scharer LO, Horn M, Grunze H, Walden J. Lamotrigine as adjunct to paroxetine in acute depression: a placebo-controlled, double-blind study. *J Clin Psychiatry.* 2002 Apr;63(4):337-44
- Numhauser J, Shwartz N., “Mujeres Sobrepassadas” Actas del Congreso Mundial para la Salud Mental, Santiago de Chile, Agosto 1999.
- Numhauser J., Alvarado R., Soto P, Hermosilla J., Vera A.: “Eventos Traumáticos en la Infancia y Depresión en la Vida Adulta, en una Muestra Comunitaria de Mujeres de la Isla de Chiloé”, *Revista Psiquiatría y Salud Mental* 2004, XXI, N° 2 - 3: 90 – 98.
- Oquendo M, Brent D, Birmaher B, et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with mayor depression: Factors mediating association with suicidal behavior. *American Journal Psychiatry* 162:560-566, 2005
- Organización Mundial de la Salud. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA MÉDICOS GENERALISTAS WHO/MNH/MBD/00.1, 2000
- Pompili M, Innamorati M, Raja M, Falcone I, Ducci G, Angeletti G, Lester D, Girardi P, Tatarelli R, De Pisa E. Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatr Dis*
- Protocolo para el Tratamiento de Personas con Depresión Severa. Nivel Secundario de Atención. Ministerio de Salud de Chile. Retamal P. Coordinador 2004
- Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, Downing G, Tronick EZ, Mundt C. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology.* 2004 Nov-Dec;37(6):272-80. Epub 2004 Nov 9.
- Reschoevers R A, Van HL, Koppelmans V, Kool S, Dekker JJ. Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *DRUGS* 2008;68(12):1621-34. PMID: 18681487 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Rohde P, Clarke GN, Mace DE, Jorgensen JS, Seeley JR (2004), An efficacy/ effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:660Y668
- Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Soc Sci Med* (2005); 60(8): 1693-1703
- Rothschild A J , Bates KS, Boehringer K L, Syed A. Olanzapine response in psychotic depression. *J. Clin. Psychiatry* 1999, 60 : 116 –8.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. “ Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression “. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004



- Ruiz A, Silva H. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en un Consultorio Externo de Medicina General. *Rev Med Chile* 1990; 118: 339-45.
- Sepúlveda SM, Jorge Sitio Web, <http://www.depresiones.cl/recmd.html>
- Sherrill JT, Kovacs M. Nonsomatic treatment of depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002 Jul;11(3):579-93.
- Smith D, Dempster C, Glamville J, Freemantle N; Anderson I. Efficacy and tolerability of Venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis *Br J Psychiatry* 2002 May; 180:396-404
- Strock, M 2004 *Depresión*. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spdep3561.cfm#ptdep10>
- The UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361:799–808
- Toledo V, de la Barra F, López C, George M, Rodríguez J. Pesquisa de problemas en salud mental en escolares de 1<sup>er</sup> ciclo básico en el área occidente de Santiago. *Rev Chil Neuropsiquiatría*. 1997; 35: 17-24
- Thoren P, Floras J S; Hoffmann P Endorphins and exercise : physiological and clinical implications. *Medical Science, Sports and Exercise*, 22 (4), 417-428, 1990.
- Vega J, Muñoz MG, George M, Monreal V., La Depresión, detección diagnóstico y tratamiento. Guía Clínica para la Atención Primaria. Ministerio de Salud de Chile, 2001.
- Verónica Vitriol G, Mario Gomberoff J, María Elena Basualto, Soledad Ballesteros: Relationship between post-traumatic stress disorder, child sexual abuse and sexual re-victimization. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1302-1305
- Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Méd Chile* 2002; 130: 527-36
- Vitriol. V. "Relación entre Psicopatología Adulta y Antecedentes de Trauma Infantil", *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría* [online]. Junio 2005, Vol. 43, N° 2 [citado 12 Julio 2007], p.83-87. Disponible en la [www: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_)
- Weil K., Florenzano R., Vitriol V., *et al.* "Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico". *Revista Médica de Chile*. [online]. Diciembre 2004, Vol.132, N° 12 [citado 12 Julio 2007], p.1499-1504. Disponible [www: <http://www.scielo.c](http://www.scielo.c)
- Weiss E L, Longhurst J G, Mazure C M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 816-28.
- Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk and nursing infants. *American Journal of Psychiatry*. 2004 Jun; 161(6): 1066-1078.
- Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM (2006), Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull* 132: 132 - 149
- Wisner KL, Wheeler SB Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry*. 1994 Dec;45(12):1191-6
- Wogelius P *et al.* *Pharmacoepidem Drug Safety* 2005; 14: S72-S73. GlaxoSmithKline Clinical Trial Register. [www.ctr.gsk.co.uk](http://www.ctr.gsk.co.uk). Källén B *et al.* [www.janusinfo.org](http://www.janusinfo.org)
- Wolfersdorf M, Barg T, König F, Leibfarth M, Grunewald I. Paroxetine as antidepressant in combined antidepressant-neuroleptic therapy in delusional depression: observation of clinical use. *Pharmacopsychiatry*. 1995 Mar;28(2):56-60.
- Wolfersdorf M, König F, Straub R. Pharmacotherapy of delusional depression: experience with combinations of antidepressants with the neuroleptics zotepine and haloperidol. *Neuropsychobiology*. 1994;29(4):189-93.
- Women's Mental Health: *An Evidence Based Review* Mental Health Determinants and Populations. Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization Geneva 2000

World Health Organization The global burden of disease: 2004 update. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World Health Organization 2008

World Health Organization, Investing in MENTAL HEALTH, 2003

World Health Organization, The World Health Report 2003 - Shaping the Future. Statistical Annex

Young LT, Joffe RT, Robb JC, MacQueen GM, Marriott M, Patelis-Siotis I. Double-blind comparison of addition of a second mood stabilizer versus an antidepressant to an initial mood stabilizer for treatment of patients with bipolar depression. *Am J Psychiat*

Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med*. 2006 Nov;36(11):1523-33. Epub 2006 Jul 20.