



Joanna Haber

Joanna Haber

Como Sospechar Depresión en Pacientes de Cuidado Primario

Departamento de Psiquiatría, CES
Educación Continua, EAFIT
Departamento de Psicología, UPB

Jorge M Tamayo, M.D., B.Sc.(Pharm.)

1

1. Qué es Depresión y qué tan Frecuente es?



2

Síntomas de la Depresión

- **La depresión es un trastorno del estado de ánimo que causa un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés.**
- **Otros síntomas comunes de todos los trastornos depresivos:**
 - **tristeza, sensación de vacío, fatigabilidad, ánimo irritable, indecisión,**
 - **síntomas somáticos (incluyendo alteraciones del sueño y el apetito y dolor)**
 - **síntomas cognitivos (incluyendo alteraciones de concentración y memoria e ideas persistentes de culpa, minusvalía y muerte).**

Chand SP & Arif H. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan

©PfoL.info 2021

3

La Prevalencia (%) del TDM en Estudios Transversales/Retrospectivos (WMH)

<i>I. Países de Ingresos Altos</i>	Prevalencia en vida	Prevalencia 12 m.	Edad de inicio
Francia	21.0 ± 1.1	5.9 ± 0.6	28.4 (19.3 a 38.9)
Alemania	9.9 ± 0.6	3.0 ± 0.3	27.6 (18.6 a 39.6)
Japón	6.6 ± 0.5	2.2 ± 0.4	30.1 (20.8 a 45.3)
España	10.6 ± 0.5	10.6 ± 0.8	30.0 (19.7 a 44.3)
<i>II. Países de Ingresos Medios y Bajos</i>	Prevalencia en vida	Prevalencia 12 m.	Edad de inicio
Brazil	18.4 ± 0.8	10.4 ± 0.6	24.3 (17.2 a 35.8)
Colombia	13.3 ± 0.6	6.2 ± 0.4	23.5 (15.6 a 33.6)
México	8.0 ± 0.5	4.0 ± 0.3	23.5 (16.7 a 34.0)
China	6.5 ± 0.4	3.8 ± 0.3	18.8 (14.9 a 23.4)

Bromet E et I. BMC Medicine 2011;9:90

©PfoL.info 2021

4

2. Cuáles son las Formas más Habituales de Presentación de la Depresión en Atención Primaria?



5

Subtipos Depresivos Más Frecuentes en Atención Primaria

Depresión Mayor Melancólica

Falta de reactividad a estímulos placenteros; Profundo abatimiento; Empeoramiento matutino; Insomnio temprano; Agitación o retardo psicomotor; Anorexia; Culpa excesiva o inapropiada.

Depresión Mayor Atípica

Reactividad del estado de ánimo; Aumento de peso o apetito; Hipersomnia; Pesadez en extremidades; Sensibilidad al rechazo interpersonal

Depresión Mayor Mixta Ansiosa

Excitabilidad o tensión; Inquietud; Dificultad para concentrarse; Temor de que algo terrible puede suceder; Sensación de que se puede perder el control

American Psychiatric Association. DSM-5. Arlington, VA. 2013

©Pfol.info 2021

6

Subtipos Depresivos Más Frecuentes en Atención Primaria

- **Trastorno depresivo persistente (distimia).** depresión crónica con menos síntomas y menor severidad que el TDM, pero con marcado deterioro funcional. Puede asociarse a TDM ("depresión doble").
- **Depresión leve.** Frecuentes. Menos de 5 síntomas depresivos o una duración < 2 semanas. Produce menos deterioro funcional pero, debido a su frecuencia, la mayoría de los días laborales que se pierden son atribuibles a este trastorno.
- **Trastorno disfórico premenstrual.** Forma grave de síndrome premenstrual con síntomas emocionales intensos que ocurren en la fase luteal tardía. Síntomas: estado de ánimo deprimido, ansiedad, cambios de humor e irritabilidad (disforia).

American Psychiatric Association. DSM-5. Arlington, VA. 2013

©PfoL.info 2021

7

Subtipos Depresivos Más Frecuentes en Atención Primaria

- **Duelo o Trastorno de Ajuste.** Reacción normal a una pérdida importante. Los pacientes pueden presentar síntomas de TDM después de tal pérdida. Sin embargo, estas personas no suelen preocuparse por ideas de inutilidad o culpa y no experimentan ideas suicidas. Generalmente los síntomas remiten o disminuyen en unas pocas semanas o meses.
- **Trastorno del estado de ánimo asociado con una afección médica general.** Características similares al TDM.

American Psychiatric Association. DSM-5. Arlington, VA. 2013

©PfoL.info 2021

8

Presentaciones Comunes de Depresión y Factores Asociados

- **Enfermedad concurrente y depresión. Tener una enfermedad crónica aumenta el riesgo de sufrir depresión**
 - Síndrome del intestino irritable, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y dolor crónico (cefaleas, lumbalgia y dolor pélvico.) suelen asociarse a depresión
- **TDM + diabetes, EPOC, enfermedad inflamatoria intestinal o dolor crónico → peor control y un aumento de la mortalidad.**
- **La discrepancia entre síntomas y signos sugiere una alta probabilidad de depresión o ansiedad con examen físico negativo y una larga lista de pruebas de laboratorio normales.**

Warnick Jr. SJ et al. Ambulatory Unipolar Depression Guideline. 2021 UMHS Clinical

©PfoL.info 2021

9

Depresión con Enfermedades Psiquiátricas Concurrentes

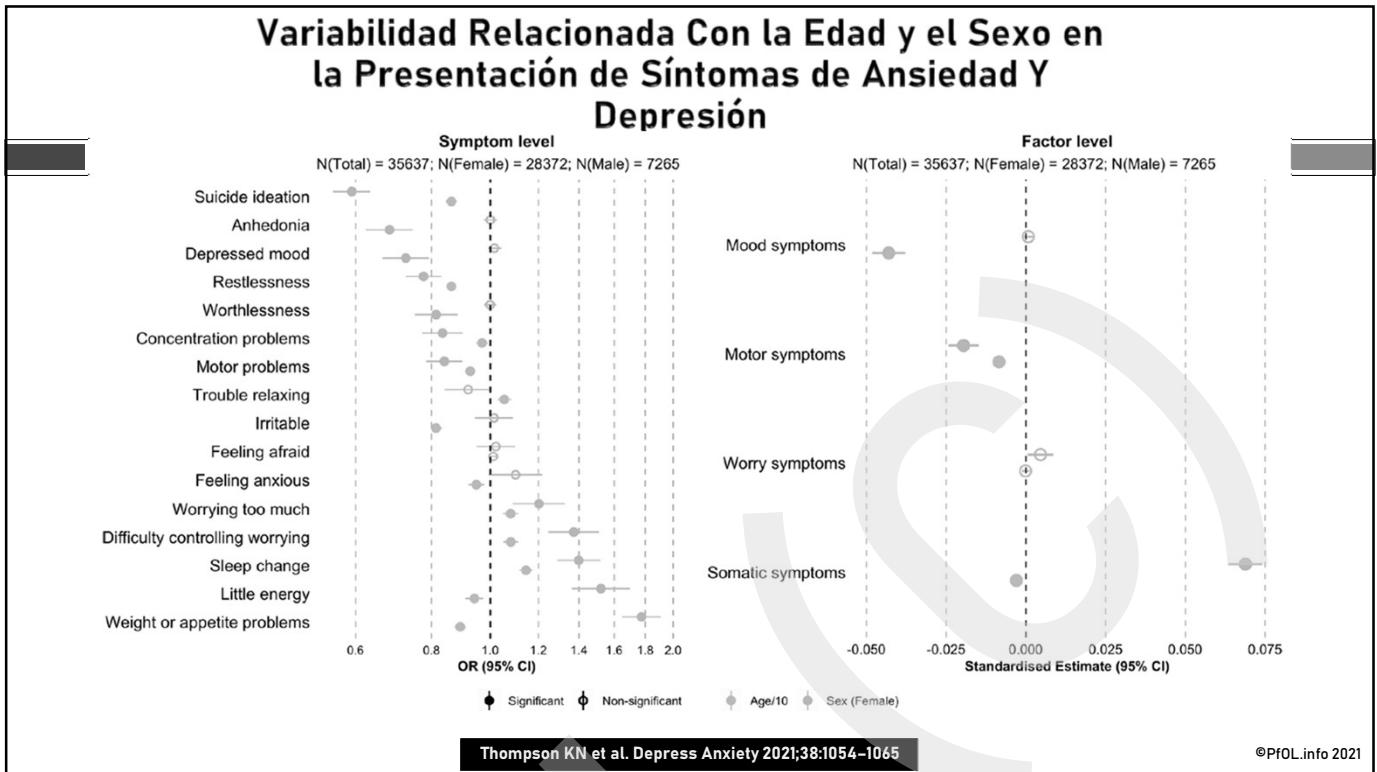
Condición Concurrente	Epidemiología	Diagnóstico de la Condición Concurrente	Consideraciones Especiales
Trastorno por uso de alcohol	15-30% en pacientes con TDM	Considerar uso de AUDIT-C	Las tasas de suicidio son altas. [C]
Ansiedad	48% en pacientes con TDM y 40-60% de pacientes con trastornos de ansiedad tienen TDM	Preguntar si presenta crisis de pánico. Considerar el uso de GAD-7	TDM + ansiedad tiene peor pronóstico que TSM solo. [A,C]
Demencia	20-30% de pacientes tienen depresión y 10-20% pueden tener TDM	Estar alerta ante expresiones de minusvalía, llanto frecuente y anhedonia. Considerar usar la Escala de Cornell (CSDD)	Ante nuevo diagnóstico de depresión en vejez considerar tamizaje cognitivo - MoCA. [B]
Trastornos alimentarios	5-6% de las mujeres con TDM. 30-50% de pacientes con TA tienen depresión	Estar alerta con pacientes que hacen dietas sin tener sobrepeso, con cambios frecuentes de peso o amenorreas	El TDM en pacientes con anorexia puede ser refractario hasta la estabilización del peso. [C]
Dolor crónico	Hasta 62% en pacientes con depresión. El dolor crónico triplica el riesgo de depresión o ansiedad	El uso de opioides puede asociarse a síntomas depresivos	La presencia de dolor crónico se asocia con peores resultados

Nivel de evidencia: A = Revisión sistemática de ECAs; B = ECAs; C = RS de observacionales

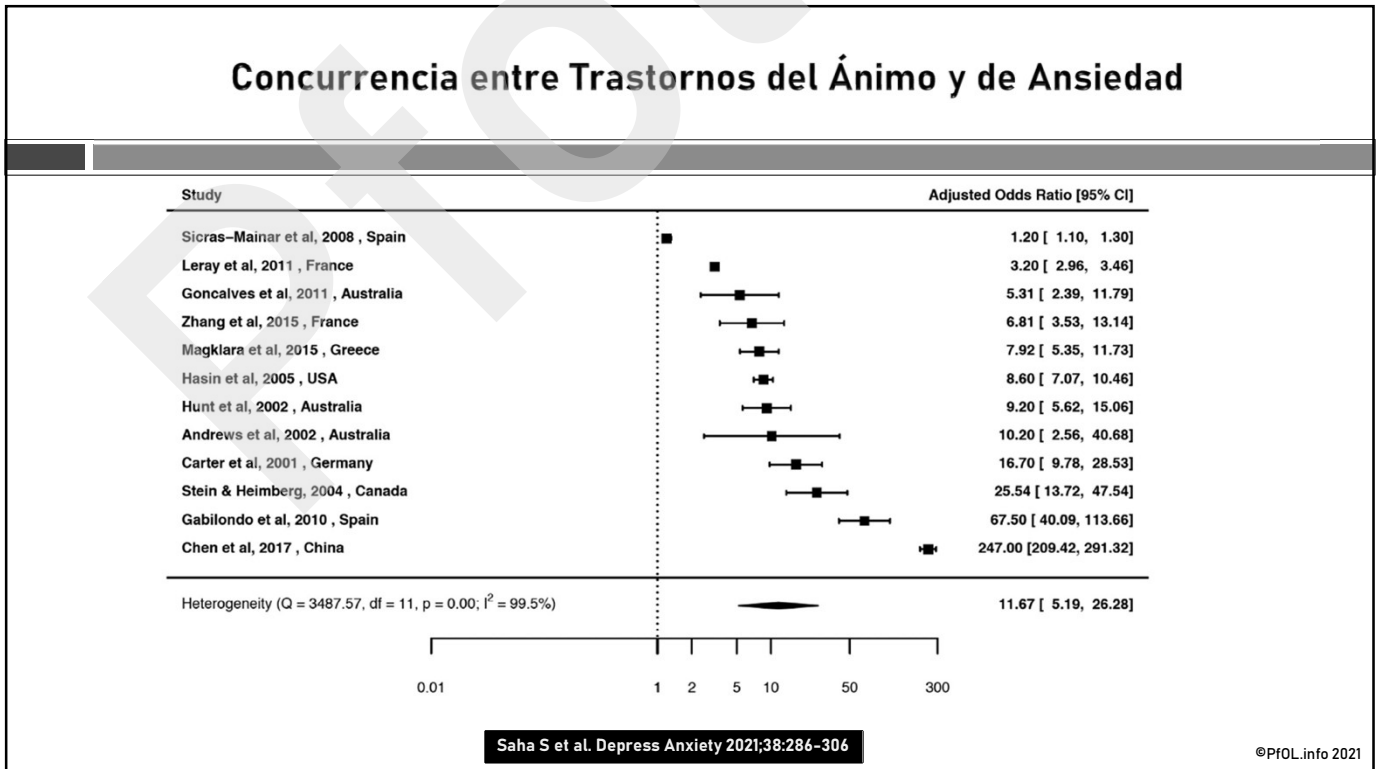
Warnick Jr. SJ et al. Ambulatory Unipolar Depression Guideline. 2021 UMHS Clinical; Saha S et al. *Depress Anxiety* 2021;38:286-306

©PfoL.info 2021

10



11



12

3. Cribado de la Depresión en Atención Primaria



13

Detección de la Depresión Mayor por 840 Médicos de Atención Primaria

Table 2. Rates of Detection and Misdiagnosis of Anxiety and Mood Disorders by Primary Care Physicians

Disorder	Phase 1 ^a			Phase 2 ^b	
	Meeting Criteria on MINI, n (%) ^c	No. With Exact Diagnosis by Physician, n (%) ^d	Not Exactly Detected by Physicians, %	No. With Any Psychiatric Diagnosis by Physician	Nondetection by Physicians, %
Major depressive disorder	229 (27.2)	78 (34.1)	65.9	24	55.5
Bipolar disorder	96 (11.4)	7 (7.3)	92.7	42	49.0
Panic disorder	106 (12.6)	15 (14.2)	85.8	47	41.5
Generalized anxiety disorder	262 (31.2)	76 (29.0)	71.0	42	55.0
Social anxiety disorder	139 (16.5)	3 (2.2)	97.8	23	81.3

^aAnalysis includes all patients who were administered the MINI.

^bAnalysis includes cases for which any diagnosis of mood and anxiety disorder was made in the chart, but the specific disorder was different than the one diagnosed by the MINI.

^cIncludes patients meeting MINI criteria within this primary care setting.

^dIncludes patients whose diagnosis on the MINI was in concordance with information contained in the patient's chart.

Abbreviation: MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview.

Vermani M et al. Prim Care Companion CNS Disord 2011;13(2):e1-e10

©PfOL.info 2021

14

Tamizaje o Cribado para Depresión en Adultos

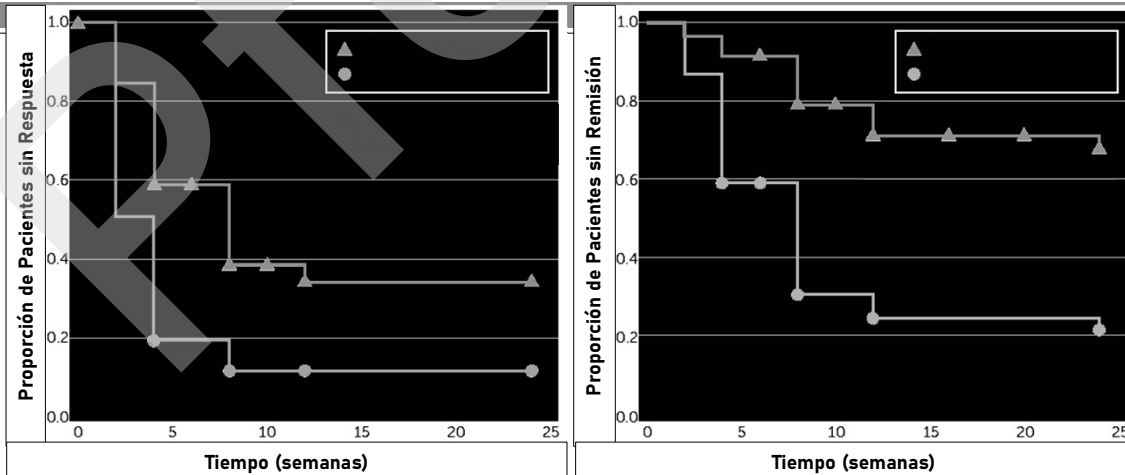
- Examine a todos los adultos para detectar la depresión, incluidas las mujeres embarazadas y las mujeres en posparto. Puede hacer un cribado mediante un cuestionario validado.
- El cuestionario PHQ-2 de dos ítems se usa inicialmente y si es positivo se puede seguir con la administración del cuestionario PHQ-9.
- Utilice las respuestas para guiar una conversación que explore respuestas positivas y respuestas negativas que parezcan inconsistentes.
- Considere la posibilidad de realizar pruebas de detección con más frecuencia para aquellos pacientes con mayor riesgo de depresión
 - Enfermedad médica crónica y otras enfermedades psiquiátricas como ansiedad, uso de sustancias, medicamentos y maltrato en la niñez.

Warnick Jr. SJ et al. Ambulatory Unipolar Depression Guideline. 2021 UMHS Clinical

©PfoL.info 2021

15

Tratamiento Basado en Medidas Versus Tratamiento Estándar para Depresión Mayor



El tratamiento basado en medidas se asoció a más ajustes de tratamiento (44 vs. 23) y mayores dosis de antidepresivos a partir de la 2ª semana que el tratamiento estándar

Guo T et al. Am J Psychiatry 2015;172:1004-1013

©PfoL.info 2021

16

Escalas para Detección y Seguimiento de la Depresión

Escalas clínicas	Descripción
Cuestionario de Salud del Paciente-2 (PHQ-2)	Los primeros 2 puntos de la PHQ-9
Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)	Escala auto-aplicada de 9 puntos que ayuda a identificar síntomas que se podrían relacionar con depresión en pacientes de cuidado primario. Sensibilidad = 88%; Especificidad = 88%
Escala de Edimburgo para Depresión Postnatal (EPDS)	Para detectar depresión en el posparto. Consta de 10 puntos y toma 3 a 5 minutos para llenar
Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)	Escala auto-aplicada de 15 puntos para identificar depresión en la vejez. Sensibilidad = 94%; Especificidad = 85%
Escala de Discapacidad de Sheehan	Escala auto-aplicada que evalúa el estado funcional en respuesta al tratamiento
Ansiedad Generalizada (GAD-7)	Tamizaje de la ansiedad generalizada en cuidado primario de 7 puntos. Es sensible al cambio y puede ser usada para monitorear la severidad con el paso del tiempo
Scala de Columbia para Riesgo Suicida	Evaluación del riesgo suicida. Escala validada al español

Adaptado de Warnick Jr. SJ et al. Ambulatory Unipolar Depression Guideline. 2021 UMHS Clinical

©PfoL.info 2021

17

Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9)

Lista de 9 Síntomas

Nombre: _____ Fecha: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te han molestado los siguientes problemas?

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Tiene problemas para dormir o mantenerse dormido, o duerme demasiado	0	1	2	3
4. Se siente cansado o tiene poca energía	0	1	2	3
5. Tiene poco apetito o come en exceso	0	1	2	3
6. Siente falta de amor propio, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Encuentra dificultad para concentrarse, por ejemplo al leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que la gente lo puede haber notado o de lo contrario, está tan agitado o inquieto que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que quiere hacer algún daño	0	1	2	3
Suma de columnas	0	+	+	+
= Total				

Si usted se identificó con cualquiera de estos problemas, ¿ha tenido alguna dificultad al hacer su trabajo, al ocuparse de la casa o llevarse bien con los demás?

Ninguna dificultad Algo de dificultad Mucha dificultad Extrema dificultad

Puntaje PHQ-9

Nivel de severidad de la depresión

- 1-4: mínima
- 5-9: leve
- 10-14: moderada
- 15-19: moderada
- 20-27: severa

Kroenke K et al. J Gen Intern Med 2001;16:606-613

©PfoL.info 2021

18

Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS)

Trabajo* / Escuela

A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:



No he trabajado/ estudiado en absoluto durante la semana pasada por razones no relacionadas a la enfermedad
*Trabajo incluye: trabajo remunerado, trabajo o entrenamiento no remunerado o voluntario

Vida Social

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas



Vida Familiar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas



Puntaje SDS

Nivel de discapacidad

- 0-3: mínima
- 4-9: leve
- 10-18: moderada
- 19-27: moderada
- 27-30: extrema

Rush JA et al. Handbook of Psychiatric Measures, 2000. APA, 113-115

©PFOl.info 2021

19

¿Qué Pruebas son Útiles para Medir el Riesgo Suicida?

Escala de Columbia para Evaluar la Severidad del Comportamiento Suicida

IDEACIÓN SUICIDA

Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.

	Desde la última visita
1. Deseos de morir El participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. ¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a? ¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar? ¿Deseas dejar de vivir? Si la respuesta es "sí", describe:	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre la manera de matarse, métodos relacionados, intenciones o planes durante el periodo de evaluación. ¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir? ¿Has pensado en matarte? Si la respuesta es "sí", describe:	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar y detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que dicen: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he sabido un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". ¿Has pensado en cómo lo harías o qué harías para dejar de vivir (matarte)? ¿En qué pensaste? Si la respuesta es "sí", describe:	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". Cuando piensas hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿piensas que esto era algo que realmente podrías hacer? Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo. Si la respuesta es "sí", describe:	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Ideación suicida activa con un plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completos o parcialmente y el participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. ¿Has decidido cómo o cuándo harías algo para dejar de vivir/matarte? ¿Has planificado (elabore los detalles de) cómo lo harías? ¿Cuál era tu plan? Cuando hiciste este plan (o elaboraste los detalles), ¿había alguna parte tuya pensando en hacerlo realmente? Si la respuesta es "sí", describe:	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN

La siguiente característica debe ser evaluada con respecto al tipo más serio de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos serio y 5 siendo el más serio).

Identificación más seria:	Tipo n° (1-5)	Descripción de la ideación	Más serio		
Frecuencia	¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos?	Escriba la respuesta	—		
	(1) Más que una vez	(2) Una pocas veces	(3) Muchas	(4) Todos los tiempos	(5) Si sabe/No corresponde

Oquendo MA et al. In M.B. 1st Ed. Standardized Evaluation in Clinical Practice, 2003

©PFOl.info 2021

20

¿Qué Pruebas son Útiles para Medir el Riesgo Suicida?

Escala de Columbia para Evaluar la Severidad del Comportamiento Suicida

COMPORTAMIENTO SUICIDA

(Algunas veces los que corresponden, con tal de que sean eventos diferentes, debe preguntar sobre todos los tipos)

	Declaró la última visita
Intento real: Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cuarto dosis de muerte como resultado del mismo. El comportamiento fue concluido en parte como un intento para matarse. La intención no excede un 20%. Si hay cualquier intento o dosis de muerte asociada al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya heridas o daño, solo el potencial de herir o dañar. Si la persona afirma el hecho con una intención en la boca pero la acción no funciona y no se hace, esto se considera un intento. Intención real: aunque una persona niega la intención o los deseos de morir, esto puede inferirse a partir de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto real muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue un intento de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pasó que lo que hizo podría ser fatal, se puede inferir la intención. ¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste? ¿Te hiciste daño a propósito? ¿Por qué hiciste eso? ¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida? ¿Querías morir (aunque fuera un poco) cuando tú _____? ¿Estabas tratando de dejar de vivir cuando tú _____? ¿O pensaste que era posible que pudieras haber muerto por _____? ¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que sacara algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describe: _____	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida? ¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Intento interrumpido: Cuando la persona se interrumpe (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (si no fue por eso, el intento habría ocurrido). Sobretodo: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden agarrarlas. Una vez que se agarran cualquier pastilla, esto se considera un intento real más que un intento interrumpido. Discrepancia: la persona tiene una pastilla apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pastilla o evita de algún modo que la persona agarre el cuchillo. Una vez que la persona agarra el cuchillo, aunque lo pueda tirar, es un intento. Salida: la persona está por subir la ventana y la miran del lado. Abandono: la persona tiene la soga en el cuello pero no la responde a abanicar y algo o alguien la detiene. ¿Ha habido algún momento en que pensaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe: _____	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Intento abortado: Cuando la persona se prepara para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autolesivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que pensaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te arrepentiste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe: _____	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Actos o comportamiento preparatorio: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente acto de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como empujarse un método sospechoso (p. ej., comprar pastillas, comprar una pastilla y prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regular su comida, escribir una nota suicida). ¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regular cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que te necesitas para matarte? Si la respuesta es "sí", describe: _____	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suicidio consumado:	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Responda solamente para intentos reales

Grado de letalidad y lesiones:	Fecha del intento más letal:
0 = No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales) 1 = Daño físico menor (p. ej., baba sangrada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, equimosis) 2 = Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento a, requiere un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante) 3 = Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización médica y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fractura grave) 4 = Daño físico grave: necesita hospitalización médica con cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital) 5 = Muerte	Juzgar código _____ _____
Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0 Muerte probable en el intento real aunque un lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no previenen lesiones, tienen gran potencial letal: poco una puñalada dentro de su boca y apretó el cuchillo pero la puñalada falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica, se accedió en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo la atravesara).	Juzgar código _____ _____
0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible	Juzgar código _____ _____

<https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS-SinceLastVisit-US-Spanish-5.1-2.pdf>

Oquendo MA et al. In M.B. 1st Ed. Standardized Evaluation in Clinical Practice, 2003

©PFOl.info 2021

21

Suicide assessments should be conducted at first contact, with any subsequent suicidal behavior, increased ideation, or pertinent clinical change; for inpatients, prior to increasing privileges and at discharge.

1. RISK FACTORS

- ✓ **Suicidal behavior:** history of prior suicide attempts, aborted suicide attempts, or self-injurious behavior
- ✓ **Current/past psychiatric disorders:** especially mood disorders, psychotic disorders, alcohol/substance abuse, ADHD, TBI, PTSD, Cluster B personality disorders, conduct disorders (antisocial behavior, aggression, impulsivity)
Co-morbidity and recent onset of illness increase risk
- ✓ **Key symptoms:** anhedonia, impulsivity, hopelessness, anxiety/panic, global insomnia, command hallucinations
- ✓ **Family history:** of suicide, attempts, or Axis I psychiatric disorders requiring hospitalization
- ✓ **Precipitants/Stressors/Interpersonal:** triggering events leading to humiliation, shame, or despair (e.g., loss of relationship, financial or health status—real or anticipated), Ongoing medical illness (esp. CNS disorders, pain), Intoxication, Family turmoil/chaos, History of physical or sexual abuse, Social isolation
- ✓ **Change in treatment:** discharge from psychiatric hospital, provider or treatment change
- ✓ **Access to firearms**

2. PROTECTIVE FACTORS Protective factors, even if present, may not counteract significant acute risk

- ✓ **Internal:** ability to cope with stress, religious beliefs, frustration tolerance
- ✓ **External:** responsibility to children or beloved pets, positive therapeutic relationships, social supports

3. SUICIDE INQUIRY Specific questioning about thoughts, plans, behaviors, intent

- ✓ **Ideation:** frequency, intensity, duration—in last 48 hours, past month, and worst ever
- ✓ **Plan:** timing, location, lethality, availability, preparatory acts
- ✓ **Behaviors:** past attempts, aborted attempts, rehearsals (tying noose, loading gun) vs. non-suicidal self injurious actions
- ✓ **Intent:** extent to which the patient (1) expects to carry out the plan and (2) believes the plan/act to be lethal vs. self-injurious.
Explore ambivalence: reasons to die vs. reasons to live
* For Youths: ask parent/guardian about evidence of suicidal thoughts, plans, or behaviors, and changes in mood, behaviors, or disposition
* Homicide Inquiry: when indicated, esp. in character disordered or paranoid males dealing with loss or humiliation. Inquire in four areas listed above

4. RISK LEVEL/INTERVENTION

- ✓ **Assessment of risk level** is based on clinical judgment, after completing steps 1–3
- ✓ **Reassess** as patient or environmental circumstances change

RISK LEVEL	RISK/PROTECTIVE FACTOR	SUICIDALITY	POSSIBLE INTERVENTIONS
High	Psychiatric diagnoses with severe symptoms or acute precipitating event; protective factors not relevant	Potentially lethal suicide attempt or persistent ideation with strong intent or suicide rehearsal	Admission generally indicated unless a significant change reduces risk. Suicide precautions
Moderate	Multiple risk factors, few protective factors	Suicidal ideation with plan, but no intent or behavior	Admission may be necessary depending on risk factors. Develop crisis plan. Give emergency/crisis numbers
Low	Modifiable risk factors, strong protective factors	Thoughts of death, no plan, intent, or behavior	Outpatient referral, symptom reduction. Give emergency/crisis numbers

(This chart is intended to represent a range of risk levels and interventions, not actual determinations.)

Jacobs D. SCREENING FOR MENTAL HEALTH, INC., 2007

5. DOCUMENT Risk level and rationale; treatment plan to address/reduce current risk (e.g., medication, setting, psychotherapy, E.C.T., contact with significant others, consultation); firearms instructions, if relevant; follow-up plan. For youths, treatment plan should include roles for parent/guardian.

©PFOl.info 2021

22

Escala de Edimburgo para Depresión Postnatal (EPDS)

marque la respuesta que más se acerque ha cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido</p> <p>2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada</p> <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca</p> <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo</p> <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada</p> <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada</p> <p>8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada</p> <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca</p> <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca</p> |
|---|---|

Puntaje EPDS

Valores de cada punto van de 0 a 3

- Sobre 11 puntos sugiere depresión postparto.
- Esta escala está válida para después de los 2 meses postparto

Cox JL et al. Br J Psychiatry 1987;150:782-6

©Pfol.info 2021

23

Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Sí o No".

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

- | | | |
|---|--------|--------|
| 1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida? | Sí (0) | No (1) |
| 2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? | Sí (1) | No (0) |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | Sí (1) | No (0) |
| 4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)? | Sí (1) | No (0) |
| 5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? | Sí (0) | No (1) |
| 6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? | Sí (1) | No (0) |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | Sí (0) | No (1) |
| 8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)? | Sí (1) | No (0) |
| 9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? | Sí (1) | No (0) |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | Sí (1) | No (0) |
| 11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)? | Sí (0) | No (1) |
| 12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil? | Sí (1) | No (0) |
| 13. ¿Se siente lleno(a) de energía? | Sí (0) | No (1) |
| 14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? | Sí (1) | No (0) |
| 15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? | Sí (1) | No (0) |

Puntaje GDS-15

Nivel de severidad de la depresión

- 0-4: mínima
- 5-8: leve
- 9-10: moderada
- 12-15: severa

Yesavage JA et al. J Psychiatr Res 1982-1983;17:37

©Pfol.info 2021

24

Diagnóstico, Detección y Seguimiento de la Depresión en la Vejez

- La detección de la depresión en personas con demencia puede resultar complicada porque la “apatía” o la falta de motivación es común en las personas con demencia.
- La Escala de Cornell para la depresión en la demencia (CSDD) se administra mediante 2 entrevistas semiestructuradas (informante y paciente). Cada uno de los 19 ítems de la CSDD se clasifica como ausente (0), leve o intermitente (1) o grave (2). Las puntuaciones inferiores a 6 indican ausencia de síntomas de depresión significativos, las puntuaciones entre 11 y 18 indican probable depresión mayor y las puntuaciones superiores a 18 indican una depresión mayor definida.

Ramos-Vieira E et al. Geriatr Phys Ther 2014;37:24-30

©PfoL.info 2021

25

4. Recomendaciones para Una Adecuada Entrevista Clínica en Pacientes con Depresión



26

Entrevista Clínica a Pacientes con Depresión

1. **Relación interpersonal médico-paciente:**
 - a) primer objetivo de la entrevista
 - b) clima de seguridad y confianza con la actitud respetuosa y cálida del médico.
 - c) Debe transmitirse un interés sincero y auténtico y mantener una actitud abierta y espontánea.
2. **Conducción técnica de la entrevista:**
 - a) Tranquilizar al paciente durante el contacto inicial y observar su conducta.
 - b) Adaptar del rol del entrevistador a la situación:
 - i. Explorar sus emociones y responder empáticamente (escucha empática).
 - ii. Realizar preguntas adecuadas y proporcionar información del problema (actitud experta).
 - iii. Explicitar la responsabilidad y el compromiso médico con el paciente (muestra de autoridad).
 - c) Analizar el rol del paciente:
 - i. el que espera una atención experta y adecuada de su enfermedad
 - ii. el que espera un involucramiento emocional inadecuado del médico
 - iii. el que espera una atención privilegiada en todo momento.

Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 20th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2022

©Pfol.info 2021

27

Entrevista Clínica a Pacientes con Depresión

3. **Elementos básicos de la historia clínica en salud mental:**
 - a) Datos identificatorios y sociodemográficos básicos.
 - b) Principal motivo de consulta.
 - c) Datos biográficos incluyendo antecedentes de maltrato/matoneo/abuso en la niñez, desempeño académico. Relaciones sociales relevantes. Apoyo socio-familiar.
 - d) Historia del trastorno actual, ordenada cronológicamente. Factores precipitantes y asociados del trastorno depresivo. Repercusión en áreas familiar, social y laboral.
 - e) Antecedentes psiquiátricos (incluyendo consumo de sustancias adictivas) y médico-quirúrgicos.
 - f) Tratamientos anteriores, hospitalizaciones, comportamiento suicida.
 - g) Otros tratamientos médicos no psiquiátricos

Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 20th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2022

©Pfol.info 2021

28

Entrevista Clínica a Pacientes con Depresión

4. Exploración psicopatológica:

- a) Apariencia y conducta psicomotora.
- b) Nivel de conciencia y orientación temporo-espacial. Capacidad atencional.
- c) Funciones cognitivas superiores: memoria, abstracción, cálculo, capacidad de juicio. Inteligencia.
- d) Lenguaje. Forma y contenido del pensamiento.
- e) Sensopercepción.
- f) Conciencia de trastorno (introspección).
- g) Emociones: afecto, estado de ánimo, ansiedad.
 - a) Depresión: se puede usar la nemotecnia SICECAPS (Sueño, Interés, Culpabilidad, Energía, Concentración, Apetito, Psicomotricidad y comportamiento Suicida).
 - b) Descartar síntomas hipomaniacos (Impulsividad, grandiosidad, imprudencia, energía excesiva, disminución de la necesidad de dormir, gastos excesivos, locuacidad, pensamientos acelerados, hipersexualidad, irritabilidad, fluctuación frecuente del ánimo en el episodio)
 - c) Evaluar presencia o ausencia de síntomas de ansiedad
 - d) Descartar síntomas psicóticos (alucinaciones o delirios)

Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 20th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2022

©Pfol.info 2021

29

Entrevista Clínica a Pacientes con Depresión

5. Exploraciones adicionales:

- a) Examen físico
- b) Examen neurológico
- c) Estudios de diagnóstico psiquiátrico adicionales si es necesario (neuroimagenológicos, EEG, evaluación neuropsicológica)
- d) pruebas de laboratorio con énfasis en:
 - a) Hormona estimulante de la tiroides (TSH)
 - b) BUN, Creatinina
 - c) Pruebas de función hepática
 - d) Examen de toxicología en orina (si es pertinente)
 - e) Hemoleucograma con eritrosedimentación
 - f) EKG (en caso de considerar medicamentos que puedan afectar el ritmo cardíaco como ADT o escitalopram)

Chand SP & Arif H. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan

©Pfol.info 2021

30

5. ¿Cuáles Síntomas Somáticos son Sugestivos de Depresión?



31

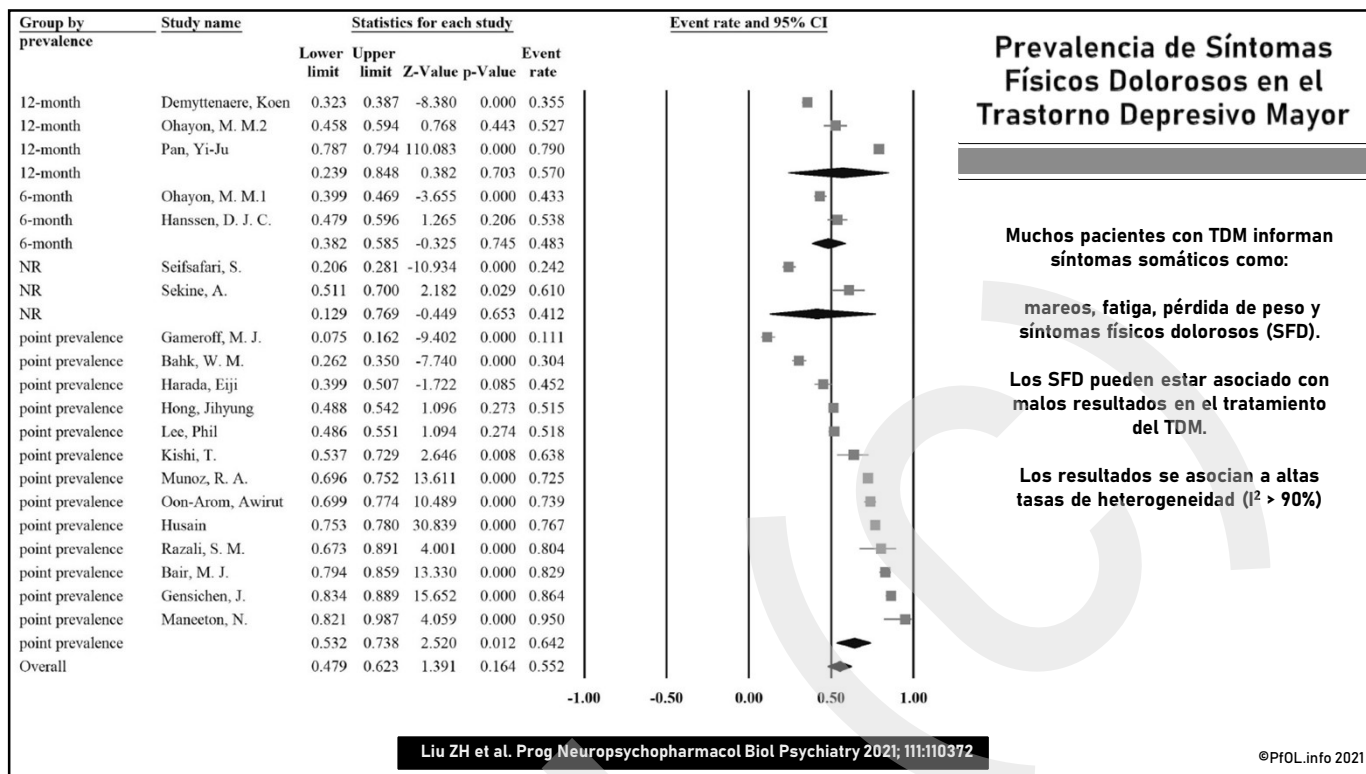
Síntomas Somáticos Asociados con la Depresión

- **Visitas médicas frecuentes y a menudo no programadas, iniciadas por razones poco claras.**
- **Síntomas físicos inexplicables, particularmente neurológicos, gastrointestinales, cardiopulmonares y genitourinarios.**
- **Alteración del sueño que afecta el inicio o el mantenimiento del sueño.**
- **Dolor crónico (síndrome del intestino irritable, fibromialgia, dolor pélvico crónico, cefaleas).**
- **Fatigabilidad/debilidad (descartar diabetes, hipotiroidismo, enfermedad coronaria, problemas neurológicos)**

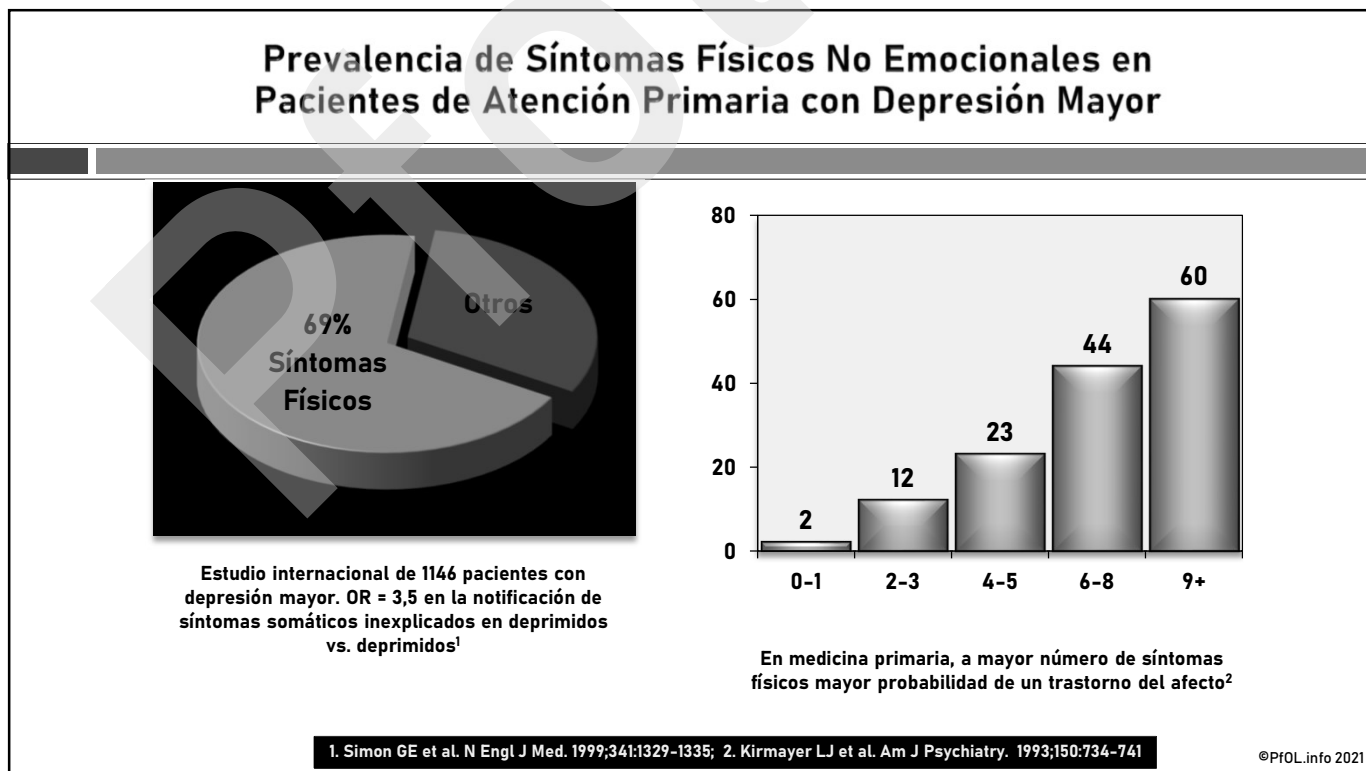
Warnick Jr. SJ et al. Ambulatory Unipolar Depression Guideline. 2021 UMHS Clinical

©Pfol.info 2021

32

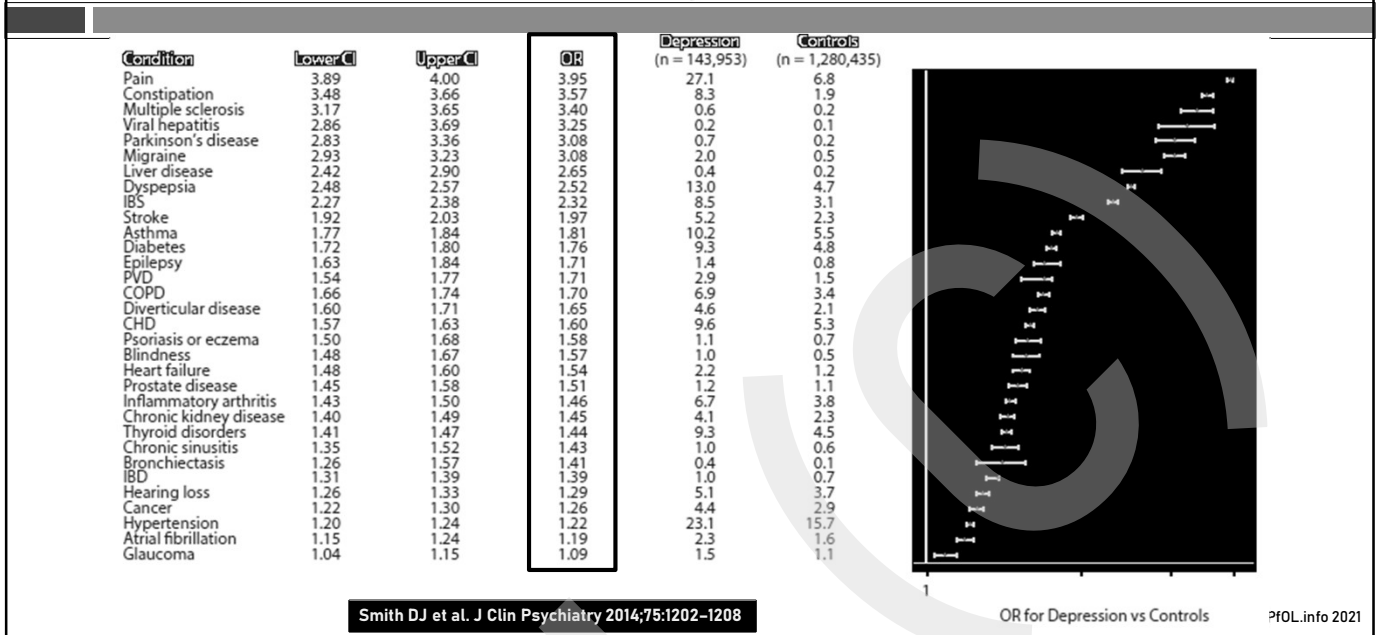


33



34

Riesgo de Síntomas Físicos No Emocionales en Pacientes de Atención Primaria con Depresión Mayor



35

6. ¿Qué Enfermedades o Síndromes no Psiquiátricos Exhiben Síntomas Depresivos?



36

Diferencia en la Prevalencia de Depresión en Condiciones Médicas NO Psiquiátricas Vs. Controles

Condición NO Psiquiátrica	Hallazgos
Diabetes	OR = 1.50 (0.60-4.10); OR = 1.96 (1.59-2.42)
Hipertensión	OR = 1.80 (1.20-2.90); OR = 2.00 (1.74-2.31)
Problemas cardíacos	Enfermedad coronaria: OR = 1.96 (1.23-3.11); OR = 2.30 (1.94-2.63) Enfermedad cardíaca: OR = 1.94 (1.13-3.33); OR = 2.49 (1.81-3.43)
ECV	OR = 3.15 (2.33-4.35)
Cáncer	OR = 2.19 (1.05-4.56)
Artritis	OR = 1.58 (1.12-2.22); OR = 2.50 (1.80-3.40)
EPOC/bronquitis/enfisema	EPOC: OR = 3.21 (2.72-3.79); OR = 4.38 (2.35-8.16) Bronquitis: OR = 4.26 (2.47-7.34)
Asma	OR = 1.70 (1.17-2.47); OR = 1.89 (1.15-3.11); OR = 2.5 (1.80-3.50)
Enfermedad renal	OR = 4.32 (2.06-9.05); Enf. Renal terminal: OR = 3.56 (2.61-4.87)
Enfermedad hepática	OR = 5.43 (2.74-10.76)
Esclerosis múltiple	OR = 2.3 (1.6-3.3)

NICE Clinical Guidelines, No. 91. Leicester (UK): British Psychological Society, 2010

©PfoL.info 2021

37

Otras Enfermedades No Psiquiátricas Asociadas con Depresión

- **Intoxicación, Dependencia o Abstinencia a Sustancias/Drogas**
- **Síndrome de Cushing**
- **Insuficiencia suprarrenal**
- **Hipotiroidismo o Hipertiroidismo**
- **Demencias**
- **Dolor crónico**
- **Medicamentos:**
 - Anti-hipertensivos de acción central, analgésicos opiáceos, progestágenos, corticoesteroides, interferón
 - Evidencia reciente niega asociación entre uso de β -bloqueadores, Benzodiacepinas o Isotretinoína y depresión

Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 20th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2022

©PfoL.info 2021

38

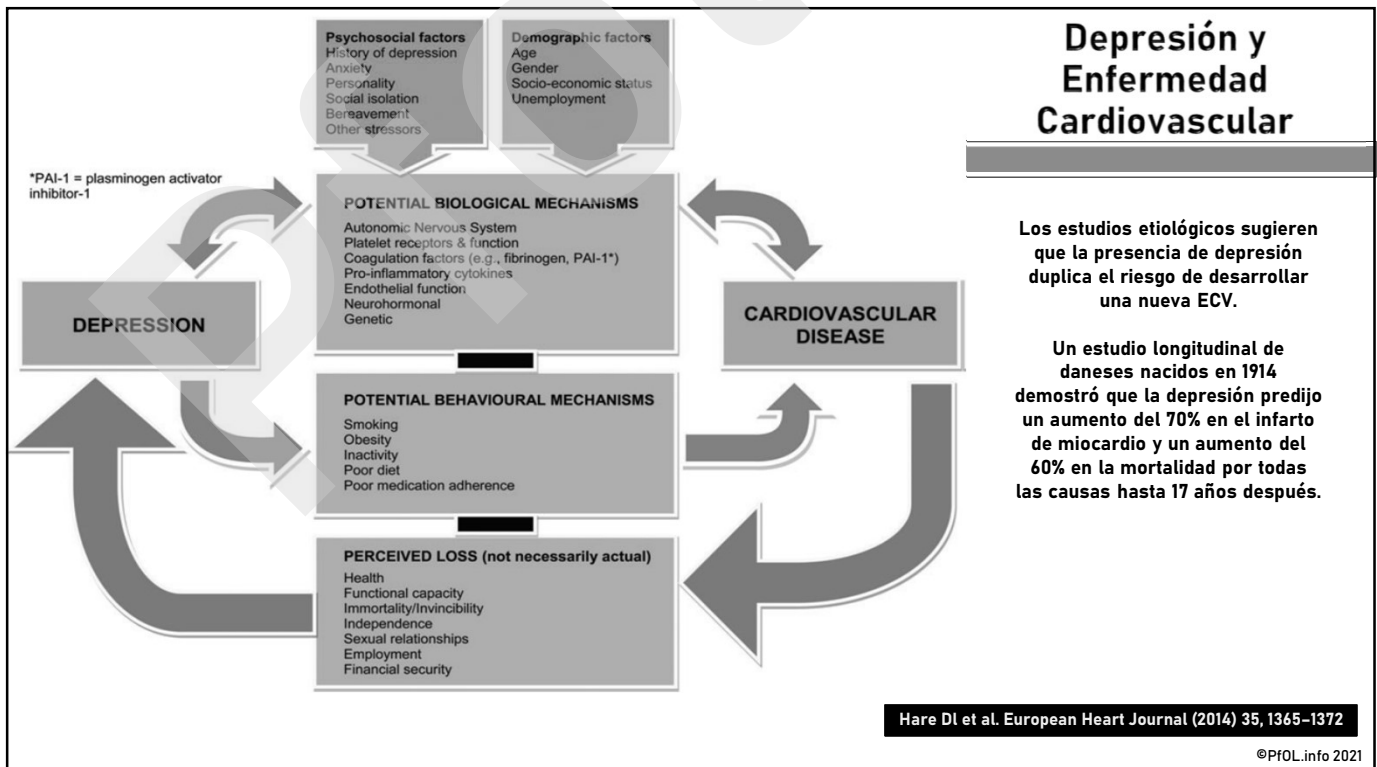
Depresión y Enfermedad Cardiovascular

- La forma más común de depresión que se experimenta después de eventos coronarios agudos → "trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo".
- Las formas leves de depresión se encuentran en hasta 2/3 de los pacientes hospitalizados después de un IAM y la depresión mayor se encuentra generalmente en el 15% de los pacientes con ECV.
- Es incluso más prevalente en pacientes con ICC, generalmente más del 20%. La depresión en pacientes con ICC también es un predictor independiente de mortalidad y reingreso hospitalario.
- Entre el 15 y el 20% de los pacientes tienen depresión mayor después de la cirugía de revascularización coronaria y probablemente otro 15% experimenta depresión leve o estado de ánimo significativamente deprimido.

Hare DJ et al. European Heart Journal (2014) 35, 1365–1372

©PFOl.info 2021

39



40