



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 133-2018-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 19 de Julio del 2018.

Vistos, la Nota Informativa Nº 087-2018-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Nota Informativa Nº 088-2018-OEPE/HVLH, emitida por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera";

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, señala que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, asimismo el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, señala que el Director Médico del establecimiento de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre 2016, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, cuyo objetivo fue establecer las disposiciones relacionadas con los procedimientos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, el mismo que es de observancia obligatoria por los órganos desconcentrados y, unidades orgánicas del Ministerio de Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA de fecha 14 de mayo del 2015, se aprueba la NTS Nº 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, que tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización del uso de los recursos;

Que, la referida NTS, en su Título V Disposiciones Generales, numeral 5.1. tipifica: que las Guías de Práctica Clínica (GPC), son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas adecuadas al momento de abordar un problema de salud o una condición clínica específica, por lo que los Establecimientos de Salud, Nivel II-1 al III-2, pueden elaborar las Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico de su demanda, siempre y cuando no se cuente con la GPC del nivel nacional o regional, en lo que corresponda. Según lo señalado en el numeral 6.7 del sub numeral 6.7.1 de la indicada NTS;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre



ellos, numeral d) mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y numeral g) administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

Que, en el contexto expuesto, mediante documento del visto, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad ha remitido a la Dirección General, el proyecto de Guía de Práctica Clínica para el para el Tratamiento de Depresión de Adultos - Versión Corta, para su respectiva aprobación, mediante acto de administración;

Que, con Nota Informativa N° 088-2018-OEPE/HVLH, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamientos Estratégico, indica que el documento mencionado en el párrafo precedente, ha sido revisado y cumple con la estructura mínima señalada en el literal d) del punto 6.1.4 Documento Técnico, de las "Normas para la elaboración de documentos normativos para el Ministerio de Salud", aprobada con la Resolución Ministerial N° 850-1016/MINSA; emitiendo opinión favorable;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, con opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y con el visado de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Aprobar la **Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Depresión en Adultos - Versión Corta** del Hospital Víctor Larco Herrera, la misma que a folios dieciocho (18) forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo Segundo.- Disponer, la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y comuníquese
Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

.....
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/MYRV/aesg

Distribución:

- o Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- o Oficina de Asesoría Jurídica
- o Dpto. de Hospitalización
- o Of. De Gestión de la Calidad
- o Unidades orgánicas



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO
HERRERA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Guía de Práctica Clínica para el
Tratamiento de Depresión en adultos**
- Versión Corta -



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

ÓRGANO DE DIRECCIÓN

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General

Med. Carlos Palacios Valdivieso
Director Adjunto

ÓRGANOS DE CONTROL

CPC. José Oscar Verano Cavero
Jefe del Órgano de Control Institucional

ÓRGANO DE ASESORÍA

Eco. Juan Coronado Román
Director de la Of. Ejec. De Planeamiento Estratégico

Abog. Mirian Y. Rodríguez Vargas
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

Med. Roger A. Abanto Marín
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Med. José del Carmen Farro Sánchez
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

ÓRGANO DE APOYO

Med. Giovany M. Rivera Ramírez
Directora de la Oficina Ejecutiva de Administración

Med. Luis A. Vilchez Salcedo
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

Bach. Edgar Tuesta Ramos
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

Lic. Patricia Escudero Ascencio
Jefe de la Oficina de Comunicaciones



GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA

PANEL DE EXPERTOS CLÍNICOS

Carlos Eduardo Palacios Valdivieso
Médico Psiquiatra
Sub Director
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Carlos Alexis Salgado Valenzuela
Médico Psiquiatra
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Miriam Salazar De la Cruz
Médico de familia
Equipo técnico Of. Gestión de la Calidad
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Gisella Vargas Cajahuanca
Médico psiquiatra
Jefe Departamento de Psi. Del Niño y
Adolescente
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Carolina Gallegos Cazorla
Médico psiquiatra
Departamento Consulta Externa
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Ada Vásquez Amez
Psicóloga Clínica
Jefe del Dpto. de Psicología
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Lourdes López Moreno
Psicólogo Clínico
Departamento de psicología
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Humberto Castillo Martell
Médico Psiquiatra
Instituto Nacional de Salud Mental
"Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

Gerald Chirinos Velazco
Médico Psiquiatra
Centro de Salud Mental Comunitaria
"San Gabriel Alto"

Jessica Málaga Zenteno
Médico Psiquiatra
Hospital "Guillermo Almenara Irigoyen"
ESSALUD

Luz Uscata Quispe
Licenciada en enfermería
Departamento de Enfermería
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Carlos Caballero
Médico Psiquiatra
Hospital "Hermilio Valdizán Medrano"

Anthony Vidal Miranda
Médico Psiquiatra
Hospital "Hermilio Valdizán Medrano"



GRUPO DE EXPERTOS METODOLÓGICOS

Karen Viviana Huamán Sánchez

Licenciada en Enfermería
Metodóloga
Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Gloria María Carmona Clavijo

Licenciada en Obstetricia
Magister en Salud Pública
Metodóloga
Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Beatriz Catherine Bonilla Untiveros

Licenciada en Nutrición
Magister en Nutrición y Alimentos
Metodóloga
Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Nora Reyes Puma

Médico Cirujano
Magister en Salud Pública
Metodóloga
Directora Ejecutiva
Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles

Patricia Caballero Ñopo

Médico Infectólogo
Magister en Salud Pública
Metodóloga
Responsable de la
Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud



GRUPO ELABORADOR DE GUIAS DEL HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

Carlos Alexis Salgado Valenzuela
Médico Psiquiatra
Hospital "Victor Larco Herrera"

Miriam Salazar De la Cruz
Médico de familia
Hospital "Victor Larco Herrera"

Guisella Vargas Cahuanca
Médico psiquiatra
Jefe Dpto. de Psiq. Del Niño y Adolescente
Hospital "Victor Larco Herrera"

Carolina Gallegos Cazorla
Médico psiquiatra
Departamento Consulta Externa
Hospital "Victor Larco Herrera"

REPRESENTANTES DE LOS PACIENTES

Personas con diagnóstico de depresión entrevistadas en el departamento de Consulta Externa del Hospital "Victor Larco Herrera".

REVISORES EXTERNOS

Ricardo Jorge Bustamante Quiroz. Médico Psiquiatra .Hospital "Victor Larco Herrera"

Revez Ludovic. Organización Panamericana de la Salud. Phd. Salud Pública, MSc Epidemiología Clínica, Médico Cirujano. Asesor, Evidencia en Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dra. Elizabeth Rivera Chávez, Directora del Hospital Nacional "Victor Larco Herrera" por impulsar el desarrollo de la presente Guía de Práctica Clínica de acuerdo a la norma técnica vigente, brindando las facilidades necesarias a los miembros del grupo elaborador articulándose el trabajo multidisciplinario e interinstitucional.

A los usuarios del servicio de psiquiatría y a sus familiares representantes, por sus aportes sobre sus perspectivas en relación a la temática propuesta.

Agradecemos de forma especial, a la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud, por su participación como revisores externos y su asesoría permanente en la transferencia tecnológica.



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto el grupo metodológico como el grupo elaborador han declarado no presentar conflicto de interés, esta declaración se realizó durante los diálogos deliberativos en los que se formularon las recomendaciones, los cuales fueron celebrados el 7 de setiembre del 2017 en el Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera". Los conflictos de interés firmados serán almacenados por 5 años en los repositorios del Instituto Nacional de Salud.

FINANCIAMIENTO

La presente Guía de Práctica Clínica fue financiada por el Instituto Nacional de Salud y el Hospital "Víctor Larco Herrera".



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

	CONTENIDO	
I.	FINALIDAD	7
II.	OBJETIVOS.....	7
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	7
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	7
4.1.	NOMBRE Y CODIGO.....	7
V.	CONSIDERACIONES GENERALES.....	7
5.1	DEFINICIONES.....	8
5.2	ETIOLOGÍA.....	9
5.3	FISIOPATOLOGIA.....	10
5.4	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	10
5.5	FACTORES DE RIESGO ASOCIADO.....	11
5.5.1	Estilos de Vida.....	11
5.5.2	Factores hereditarios.....	11
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	11
6.1.	CUADRO CLÍNICO.....	11
6.1.1.	Signos y Síntomas.....	11
6.2.	DIAGNÓSTICO.....	11
6.2.1.	Criterios Diagnósticos.....	12
6.3.	MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.....	13
6.3.1	Medidas generales y preventivas.....	13
6.3.2	Terapéutica.....	13
6.4.	COMPLICACIONES.....	15
6.5.	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	15
6.6.	EFFECTOS ADVERSOS Y COLATERALES DEL TRATAMIENTO.....	15
6.7.	ACTUALIZACIÓN DE LA GPC.....	15
6.8.	FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN.....	16
VII	ANEXOS	17
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

I. FINALIDAD

La presente Guía de Práctica Clínica, aborda recomendaciones dirigidas a disminuir la variabilidad clínica, mejorar la calidad de atención y reducir la inequidad en la atención de pacientes con depresión en el Perú, incluye intervenciones psicosociales que permite un abordaje integral para el abordaje institucional así como en el ámbito comunitario.

II. OBJETIVOS

Brindar a los profesionales de Salud Mental recomendaciones informadas en evidencia para el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de la depresión en adultos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación obligatoria para todo el personal de salud que labora en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

En relación al diagnóstico de Depresión, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), establece criterios para diagnosticar los trastornos mentales entre los cuales se encuentra el diagnóstico de Depresión, que en la práctica clínica ya está estandarizada.

4.1. NOMBRE Y CODIGO

El diagnóstico de Depresión, según CIE-10, cuenta con los códigos F32, incluye el episodio depresivo según se detalla:

Episodio depresivo leve	CIE 10 F32.0
Episodio depresivo moderado	CIE 10 F32.1
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	CIE 10 F32.2
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	CIE 10 F32.3
Otros episodios depresivos	CIE 10 F32.8
Episodio depresivo, no especificado	CIE 10 F32.9

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un conjunto de síntomas como tristeza, desinterés, baja autoestima, disminución del apetito y sueño, cansancio y falta de concentración (definición de OMS), siendo el suicidio la segunda causa de muerte en su forma más grave en adolescentes y adultos. En ese sentido, en el Hospital Víctor Larco Herrera se



requiere abordar el tratamiento de la Depresión en adultos ofreciendo recomendaciones dirigidas a disminuir la variabilidad clínica, mejorar la calidad de atención y reducir la inequidad en la atención de pacientes con depresión, incluye intervenciones psicosociales que impactan en la persona con depresión que permiten un abordaje integral.

5.1 DEFINICIONES

- **Tratamiento farmacológico con antidepressivo:** Tratamiento con cualquiera de las sustancias, sean químicas o farmacológicas, utilizadas para tratar síndromes depresivos.
- **Ensayo clínico aleatorizado:** Tipo de diseño de investigación en el cual las personas son aleatoriamente asignadas a dos o más grupos: uno experimental y otro de comparación o control. Se les hacen seguimientos para evaluar desenlaces y comparar diferencias en cuanto a la efectividad del tratamiento.
- **Estudio observacional:** Estudio en el cual el investigador no influye sobre la probabilidad de presentar o no una condición, o de estar o no expuesto a un factor de interés.
- **Grupos de ayuda mutua:** Los grupos de apoyo suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, y ello les ayuda a interactuar con personas que tienen problemas, carencias o experiencias comunes.
- **Hamilton rating scale for depression (HAM-D):** Escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o la gravedad de la depresión; es una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación.
- **Intento de suicidio:** Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.
- **Meta-análisis:** Método estadístico para sintetizar y resumir resultados de dos o más estudios.
- **Nivel de evidencia:** grado que se le asigna a una evidencia en relación a la certeza de la estimación del efecto para respaldar una recomendación.
- **Psicoterapia:** Término que abarca diversos métodos de tratamiento de las alteraciones mentales y emocionales por medio de técnicas psicológicas. Las psicoterapias son muy numerosas y provienen de distintos orígenes teóricos, pero su denominador común es que ocurren en la interacción personalizada y singular entre el terapeuta y su paciente.
- **Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del sector salud:** instrumento para promover la racionalidad y la eficiencia en la utilización de medicamentos. Correctamente aplicado, el petitorio contribuye a optimizar la calidad de atención y gastos en los sistemas de salud. Los medicamentos esenciales son aquellos que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población; por tanto, esos productos deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran.
- **Terapia Combinada:** Tratamiento que incluye farmacoterapia y psicoterapia para el manejo de la depresión.
- **Terapia grupal:** Enfoque con un fuerte componente psicoeducativo, centrado en la enseñanza a los pacientes de las técnicas y las estrategias para hacer frente a los problemas que, se supone, están relacionados con su depresión. Tales estrategias incluyen la mejoría de las habilidades sociales, el abordaje de los pensamientos negativos, el aumento de las actividades placenteras y el entrenamiento de relajación.



Los grupos son altamente estructurados, y, por lo general, consisten en seis a diez adultos y dos líderes de grupo.

- **Terapia interpersonal:** Terapia desarrollada inicialmente para depresión, pero utilizada en la actualidad para otros trastornos. Su enfoque se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales. Es una terapia limitada en el tiempo, y se enfoca en las dificultades que surgen en la experiencia diaria de las relaciones interpersonales y la resolución de dificultades durante un episodio depresivo mayor. Las principales tareas se relacionan con ayudar a los pacientes a aprender a vincular su afecto con sus contactos interpersonales y reconocer que, mediante el adecuado manejo de las situaciones interpersonales, puede mejorar su estado depresivo y la forma de relacionarse con otros.
- **Terapia psicodinámica:** Intervención psicológica que se deriva de un modelo psicodinámico/psicoanalítico, y donde el terapeuta y el paciente exploran y ganan insight sobre los conflictos y sobre cómo tales conflictos están representados en las situaciones actuales y en las relaciones, incluida la relación terapéutica (transferencia y contratransferencia). Esto genera una oportunidad para que los pacientes exploren sus sentimientos y sus conflictos conscientes e inconscientes, los cuales se originan en el pasado, mediante un enfoque técnico en la interpretación y el trabajo a través de los conflictos.
- **Remisión de síntomas depresivos:** Periodo durante el cual se observa una mejoría sintomática. Se define por un puntaje inferior al punto de corte para depresión en escalas estandarizadas durante la fase aguda, o por retorno al estado previo al inicio de los síntomas.
- **Respuesta al tratamiento:** Puede entenderse como el punto en el que se inicia la remisión parcial como consecuencia de un tratamiento. Se lo ha definido típicamente como una disminución igual o mayor que el 50% en la puntuación base de la depresión medida por escalas de depresión estandarizadas. Si la reducción es de entre el 25% y el 49% de la puntuación inicial se hablaría de respuesta parcial; y si es menor que el 25%, de no respuesta.
- **Riesgo suicida:** Característica cuya presencia o ausencia conduce a un aumento o a una disminución de la tendencia a suicidarse.
- **Suicidio:** Determinación intencional o voluntaria de acabar con la propia vida. Es el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona, con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal.
- **Terapia cognitivo conductual:** Terapia psicológica estructurada, limitada en el tiempo, derivada del modelo cognitivo-conductual para trastornos afectivos, y donde el paciente trabaja en colaboración con el terapeuta para identificar tipos de pensamientos, creencias o interpretaciones, y sus efectos en los síntomas actuales, sentimientos o áreas problemáticas. El paciente desarrolla habilidades para identificar, monitorizar y contrarrestar apropiadamente los pensamientos, las creencias y las interpretaciones problemáticos relacionados con los síntomas.

5.2 ETIOLOGÍA

En relación a la etiología de la depresión es un trastorno de etiología compleja donde convergen tanto factores biológicos como ambientales. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria, llegándose a identificar alteraciones en los procesos de neurodesarrollo y de plasticidad y regulación neuronal, así como en genes implicados en las vías de neurotransmisión monoaminérgica.

Se han analizado dos genes clave de la neurotransmisión serotoninérgica (el gen del transportador de serotonina o SLC6A4 y el gen de la monoamino oxidasa A o MAOA) y 91



polimorfismos de tipo SNP (single nucleotide polymorphism) en otros genes candidatos para depresión mayor, siendo estos factores predisponentes (15). Existen factores determinantes en las que están los aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia, existiendo factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros.(16)

5.3 FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología de la depresión se caracteriza por: a) la contracción de la corteza cingulada anterior; b) hipermetabolismo del área Cg25; c) menor expresión del receptor 5-HT1A; d) expresión potenciada de la monoaminoxidasa A. Además, ciertos polimorfismos genéticos están estrechamente relacionados con la fisiopatología, y existen pruebas de que la expresión del receptor 5-HT1A se reduce por el estrés psicológico. Los antidepresivos revierten el estado hipermetabólico de Cg25, estimulan la neurogénesis y la vía de cAMP. Encontramos que la imipramina aumenta y reduce la expresión de Gas y Gas, respectivamente (17).

Estos hallazgos son implicados en la fisiopatología de la depresión y a la fecha no hay una definición clara de la situación. Los síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el córtex prefrontal, di encéfalo, y del sistema límbico (16).

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La Organización Mundial de la Salud, reporta que la depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (1). Se calcula que alrededor de 800 000 personas en el mundo se suicidan al año (2). La segunda causa de muerte en adolescentes y adultos es el suicidio.

El incremento de casos de depresión va generando una alta demanda de los servicios de atención de salud mental, sin embargo, para la población asignada a establecimientos de salud del MINSA se estima que existen 1.4 psiquiatras por 100 000 habitantes a nivel del país y 3.2 por 100 000 habitantes en Lima (3). Además, los profesionales de psicología para población asignada a establecimientos de salud públicos están en una relación de 10 por 100 000 habitantes (3).

En el Perú, aproximadamente más del 90% de pacientes con depresión no recibe un tratamiento eficaz, y en ocasiones los pacientes no son correctamente diagnosticados, lo que conlleva a ser tratados con medicamentos antidepresivos sin necesidad (2,4); así mismo, los casos de depresión se vienen incrementando a tal escenario que 2 de cada 3 casos de suicidio, están relacionados con este problema de salud mental (5). La prevalencia de vida del intento suicida es mayor en la zona urbana, sobre todo en Pucallpa (5.4%), Puerto Maldonado (4.5%) y Ayacucho (5.2%)(6-9).

En la población mayor de 12 años, se ha reportado una prevalencia promedio nacional de 7.6% de episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8.8.% en Iquitos (8,9). Según el estudio epidemiológico de salud mental en el Perú, los problemas nacionales que afectan la política y economía del país son factores predisponentes para la depresión.



5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1 Estilos de Vida

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas maximizan estos factores. Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento determinante para la depresión del niño, así como también las familias con continuos problemas y discusiones, y las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación. Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión, por consiguiente el soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo (16).

5.5.2 Factores hereditarios

Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indicaría una predisposición biológica, riesgo algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, si tenemos en cuenta que la depresión grave también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de este tipo, lo que sugiere que existen factores adicionales causales de depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales (16).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

La depresión se presenta como una serie de problemas de salud mental de predominio afectivo, que puede ir acompañado de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales(10). Generalmente puede interferir con el desempeño en la vida diaria, trabajo, sueño, estudios, alimentación y en el goce de la vida (11).

6.1.1. Signos y Síntomas

El diagnóstico de la depresión generalmente se determina a partir de datos observacionales, como deterioro de la apariencia o aspecto personal, bajo tono de voz, farsas de tristeza llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño, anhedonia e ideación suicida. Los casos de depresión en ocasiones pueden ir acompañados de abuso de alcohol u otras sustancias, o enfermedades crónicas (12).

6.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico. Las pautas diagnósticas en los trastornos mentales se encuentran definidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS- décima versión (CIE-10). En la actualidad, estos criterios se encuentran establecidos y estandarizados en el Perú.



6.2.1. Criterios Diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE).

Los episodios depresivos deben tener una duración de al menos dos semanas, acompañado como mínimo dos de tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de fatigabilidad.

A. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10 (1,13)

1. Criterios generales para episodio depresivo
 - Debe durar al menos dos semanas
 - No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
2. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
 - Estado de ánimo depresivo de carácter anormal en la persona, que persiste durante la mayor parte del día y casi todos los días, persistente durante al menos dos semanas.
 - Pérdida marcada del interés en actividades comúnmente placenteras.
3. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:
 - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo acompañado de sentimientos de inferioridad
 - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva o inadecuada
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida
 - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañados de falta de decisión
 - Cambios de actividad psicomotriz, acompañado de agitación o inhibición
 - Alteraciones del sueño de cualquier tipo
 - Cambios del apetito (disminución o aumento) y peso.
4. Puede existir o no síndrome somático:
 - **Episodio depresivo leve:** presentes dos o tres síntomas del criterio 2. La persona con episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
 - **Episodio depresivo moderado:** presentes al menos dos síntomas del criterio 2 y síntomas del criterio 3 hasta sumar como mínimo 6 síntomas. La persona con episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
 - **Episodio depresivo grave:** Deben existir 3 síntomas del criterio 2 y síntomas del criterio 3 con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados, como pérdida de autoestima, sentimientos de culpa e inutilidad. Frecuentemente están presentes las ideas



GPC PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

suicidas acompañado de síntomas somáticos. Ocasionalmente podrían existir síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios o retardo psicomotor.

6.3. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.3.1 Medidas generales y preventivas

Considerando las múltiples dimensiones a través de las cuales es posible entender el fenómeno clínico que llamamos depresión -desde la genética y la neurobiología hasta la personalidad y la conducta, incluyendo las variables ambientales, sociales y culturales- es necesario considerar a cada paciente en particular (con sus propios requerimientos, fortalezas y vulnerabilidades), es importante explorar las preocupaciones de los pacientes, promover los estilos de vida saludables así como la identificación de personas riesgo al momento de prescribir antidepresivos.

6.3.2 Terapéutica

- Se recomienda el uso de los antidepresivos para el inicio del tratamiento de adultos con episodios depresivos severos o muy severos.
- Los antidepresivos no deben usarse de manera rutinaria para tratar síntomas depresivos leves, pues el riesgo-beneficio no lo amerita.

Consideraciones:

- Los medicamentos antidepresivos tienen efectos beneficiosos y adversos. En los pacientes con depresión leve, los efectos adversos son más fácilmente percibidos ya que el beneficio no es evidente, en cambio, en pacientes con depresión muy severa los beneficios son más claros y los eventos adversos son mejor tolerados.
- Todo paciente con depresión debe recibir intervenciones psicoterapéuticas desde el inicio del tratamiento, y dependerán de la necesidad del usuario y de los niveles de atención.
- La intervención psicoterapéutica está indicada para el tratamiento de adultos con depresión moderada y severa. En especial, cuando el paciente presenta:
 - ✓ Contraindicación de manejo farmacológico
 - ✓ Antecedentes clínicos de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos (o antecedente de mala respuesta a la monoterapia con antidepresivos).
 - ✓ Alteraciones en el contexto psicosocial o crisis como desencadenante (duelo, divorcio reciente, disfunción familiar o de pareja, pérdida laboral, etc.).
 - ✓ Síntomas cognitivos y conductuales predominantes en el cuadro (predominan las ideas de corte depresivo y los pensamientos negativos).
 - ✓ Las intervenciones psicoterapéuticas podrán iniciar cuando el paciente lo solicite.

Consideraciones:

- La intervención psicoterapéutica como inicio de tratamiento es beneficiosa en la depresión leve y en la moderada, pero es riesgosa en la depresión severa ya que puede existir riesgo latente de ideación suicida.
 - En pacientes adultos con depresión severa, se recomienda usar la terapia combinada.
 - En pacientes adultos con depresión moderada es necesario considerar pertinencia de brindar una terapia combinada (terapia farmacológica y psicoterapia).
- Consideraciones:



GPC PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

- Se debería garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten.
 - Todas las intervenciones terapéuticas deben ser provistas por profesionales competentes o entrenados (psiquiatras, médicos, psicólogos clínicos, enfermeras entrenadas en salud mental) en el modelo terapéutico usado (basado en un manual).
 - Los terapeutas deben recibir supervisión regularmente y evaluar los resultados de las intervenciones de manera periódica.
 - Los daños potenciales de la terapia combinada, son la presentación de eventos adversos de la medicación, como disminución de la libido, efectos gastrointestinales o una respuesta parcial de la sintomatología.
 - Respecto a la psicoterapia, el daño potencial, no se derivan del procedimiento en sí, si no de quien la aplica o del sistema que la administra. Es decir, ausencia de personal adecuadamente entrenado.
- El panel recomienda la terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal o terapia racional emotiva en pacientes con depresión moderada o severa, según el criterio clínico y las necesidades

Consideraciones:

- Es importante señalar que existen estudios que demuestran que más que el tipo de psicoterapia empleada es la relación paciente-terapeuta lo que incrementa la efectividad de la psicoterapia siempre y cuando la psicoterapia sea brindada adecuadamente por un personal capacitado.
- El panel de la Guía sugiere implementar grupos de ayuda mutua como una intervención en pacientes con diagnóstico de depresión moderada psicossocial.

Consideraciones:

- Los pacientes ven positivamente las intervenciones grupales y familiares como parte de un tratamiento integral de la depresión.
 - La implementación de esta recomendación dependerá de tener suficientes psicoterapeutas para intervenir en las personas.
- En las intervenciones psicoterapéuticas la duración debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. El número de sesiones puede ampliarse dependiendo de las necesidades del paciente.
 - Se recomienda iniciar el tratamiento de la depresión severa en adultos con Inhibidores de la recaptación de Serotonina (IRSS).

Consideraciones:

- Al prescribir un antidepresivo para el tratamiento de la depresión severa en adultos, el médico debe decidir el tipo de fármaco según el perfil de efectos adversos y el potencial de interacciones medicamentosas, considerando las preferencias y preocupaciones del paciente.
- El médico debe decidir junto con el paciente cual es el antidepresivo que más le conviene. Si el paciente es informado por su médico de los efectos adversos, los tolerara mejor.
- Los daños potenciales, se relacionan a abandonar el tratamiento por causa de eventos adversos indeseables, o poco tolerables para el paciente. Y esto ocasionaría que la depresión no mejore los síntomas que afectan a la esfera



GPC PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

sexual, son los menos tolerados tanto por varones como en mujeres.

6.4. COMPLICACIONES

Si la depresión no se trata incrementa el riesgo de suicidio como complicación frecuente de la depresión, o de cometer otros actos violentos. En torno al 6% de las personas diagnosticadas de depresión cometerá suicidio. La cifra sube al 10-15 % en aquellos que han sido hospitalizados por depresión, lo que constituye una tasa 30 veces superior a la población general. El tratamiento reducirá la mitad del riesgo de suicidio en especial para los varones menores de 30 años. Así, el 15 % de los deprimidos termina suicidándose (18).

6.5. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Criterios de referencia

- Paciente con diagnóstico de depresión se recomienda realizar la intervención temprana en los servicios clínicos de salud mental (los cuales cuentan con un psiquiatra) debe procurar proporcionar la disponibilidad de opciones farmacológicas, psicosociales, ocupacionales y educativas.
- La referencia a un establecimiento de mayor complejidad o capacidad resolutive, se puede realizar hacia un centro de mayor nivel (que incluyan los servicios comunitarios de salud mental) por medio del miembro del servicio de salud o del cuidador.
- Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas en pacientes con comorbilidades médicas debe realizarse a un hospital general.

Criterios de contrarreferencia

- Se envía la responsabilidad del cuidado de la salud mental del paciente al establecimiento de origen o centro de salud mental comunitario de donde procede el paciente, para mantenimiento y valoración clínica, cuando haya:
 - Remisión de cuadro agudo.
 - Remisión de ideación suicida.
 - Respuesta a protocolo de depresión.
 - Estabilización clínica del paciente
 - Remisión de riesgos para la integridad del paciente

6.6. EFECTOS ADVERSOS Y COLATERALES DEL TRATAMIENTO

En el tratamiento, las interacciones farmacológicas, de las más severas pero menos frecuente, corresponde a la administración de un IMAO con un antidepresivo Tricíclico (ATC), síndrome resultante que puede causar toxicidad del SNC severa, con la presencia de hiperpirexia, convulsiones y coma. Aunque se ha usado la asociación en forma segura, no se recomienda (16).

El abuso de alcohol conlleva a un elevado riesgo de complicaciones físicas que pueden agravar el curso del trastorno depresivo (18).

6.7. ACTUALIZACIÓN DE LA GPC

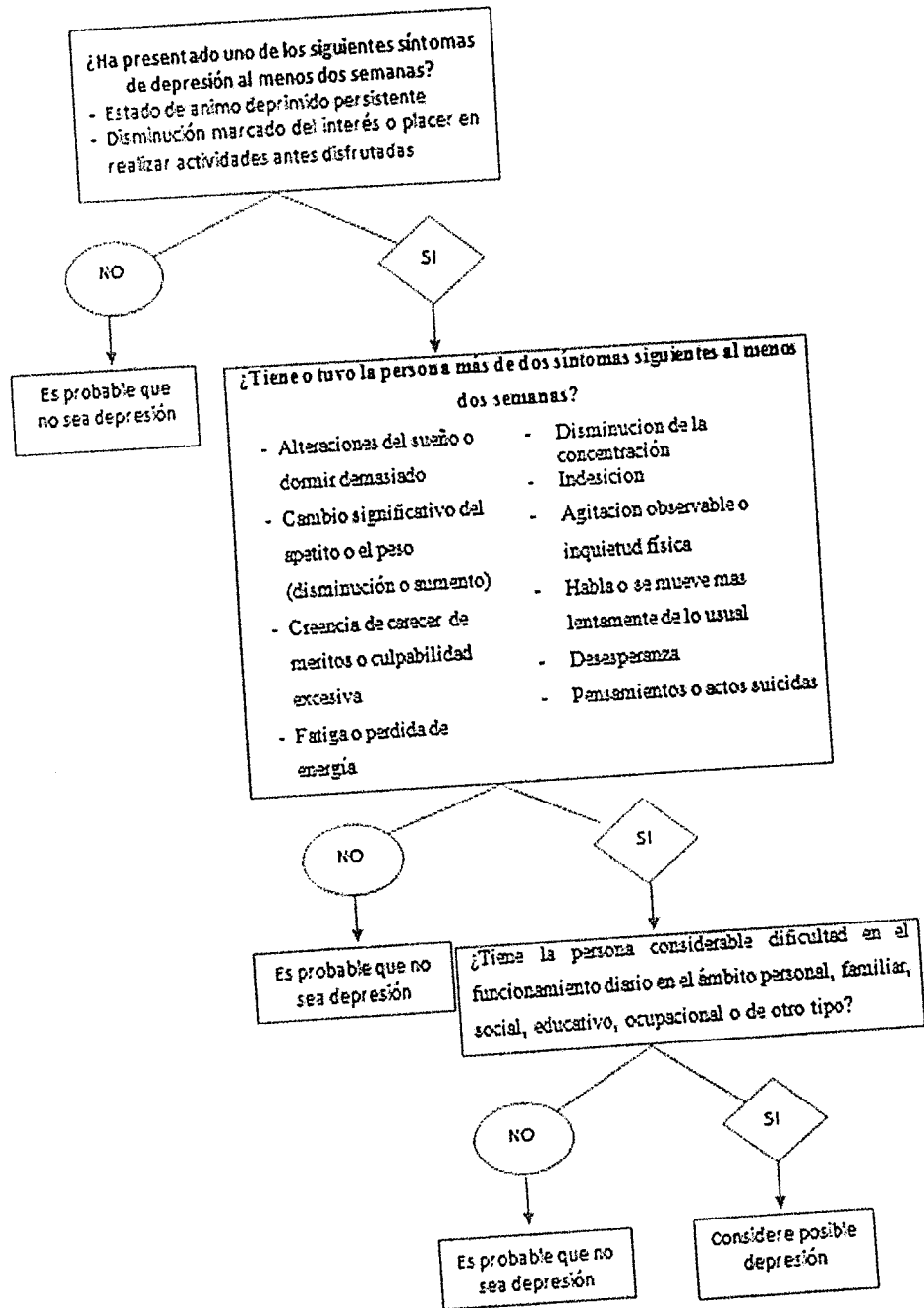
Debido a que el tiempo que debe transcurrir para poder actualizar una GPC está definido entre 3 a 5 años, el GEG de la presente GPC decidió fijarlo en 3 años. Sin



embargo, de existir nueva evidencia que pueda modificar o generar nuevas recomendaciones, deberá realizarse antes la actualización de la presente guía. Los temas no considerados en esta guía podrán ser abordados en la actualización.

6.8. FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN

Diagnóstico de la depresión según CIE-10



Adaptado de Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Mental Health Gap Action Programme. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. 2017



VII ANEXOS

Revisar Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de Depresión en Adultos (versión extensa).

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión, Nota descriptiva [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión, Temas de Salud [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
3. Ministerio de Salud. Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. 2018.
4. Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Salud Mental. Boletín de gestión: Salud Mental Comunitaria, Nuevo modelo de atención [Internet]. 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>
5. MINSA. MINSA: Cerca de 1000 muertes por suicidio pueden evitarse por año si se detecta oportunamente. Portal Web MINSA. 2016.
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2007; [Internet]. Lima, Perú; 2007. (1y2; vol. XXIII). Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
7. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2009; [Internet]. Vol. XXV. Lima, Perú; 2009. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
8. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2009. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2012; [Internet]. Vol. XXVIII. Lima, Perú; 2012. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
9. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2013; [Internet]. Lima, Perú; 2013. (1; vol. XXIX). Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
10. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Depresión y suicidio [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=212&Itemid=40872&lang=es
12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014;



GPC PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

14. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia - Colciencias. Guía de Práctica Clínica: Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. 2013.
15. Identificación de factores genéticos de riesgo asociados al origen de la depresión. Tesis doctoral, Ana Ching López, España 2016. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/43893/26124841.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
16. Guía de práctica clínica en depresión. Ministerio de Salud del Perú, MINSA 2008. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1084_dgsp261.pdf
17. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico, Humberto Cruzblanca Hernández, Vol. 39, No. 1. México 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2016/sam161g.pdf>
18. Complicaciones de la depresión a largo plazo. Actas Esp. Psiquiatría 2008; 36 (Supl.2): 22-52. Disponible en: https://webjam-upload.s3.amazonaws.com/depresion_largo_plazo__109__.pdf



