

PROTOCOLO 4. MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

- **1.Importancia del tema**

- **Frecuencia**

1 de cada 3 pacientes atendidos por médico gral. tienen síntomas psicológicos significativos

- La depresión es la enfermedad crónica más común en atención primaria, siendo más frecuente que el asma, la diabetes o la hipertensión.
- Casi la mitad de las depresiones son crónicas y recurrentes, con una duración de más de 12 meses.
- La depresión en los adultos se asocia con retrasos en el desarrollo psicomotor de sus niños, conflictos matrimoniales, ausentismo e inestabilidad laboral.
- En términos económicos, en países desarrollados representa alrededor del 8% de las ausencias al trabajo provocando pérdidas de hasta 35 millones de días de trabajo por año.
- Las personas con depresión no diagnosticada o inadecuadamente tratada consultan con más frecuencia al médico general a lo largo de los años.
- El costo humano en términos de sufrimiento es incalculable.

- **¿Porqué el médico general debe saber manejar la depresión?**

La depresión implica una complejidad de factores físicos, psicológicos y sociales. Su manejo requiere un diagnóstico integral que puede ser mejor logrado por el médico general que tiene acceso al paciente y a su familia. Esta visión global es particularmente importante en aquellos pacientes en que la depresión se manifiesta con **consultas frecuentes o dolor**.

- *La siguiente no pretende ser una guía exhaustiva, pero contiene las áreas fundamentales para diagnóstico y tratamiento, basada en evidencias, útiles para el médico general*

- **¿ A qué llamamos depresión?**

El término depresión , en términos corrientes, describe un continuo que va desde el normal “bajón” del ánimo que afecta a cualquier persona de vez en cuando hasta un severo trastorno.

Desde el punto de vista práctico es útil diferenciar la depresión del sentimiento de estar apenado o pesimista, cuando nos sucede algo negativo. Igualmente no debe incluirse en la depresión el estado de ánimo acompañante a la pérdida de un ser querido (DUELO) .

MAS DEL 50% DE LAS DEPRESIONES NO SE DIAGNOSTICAN, especialmente en pacientes con **enfermedades crónicas** en quienes el error de diagnóstico es 5 veces más frecuente. Lo mismo sucede cuando la presentación clínica es predominantemente a través de **síntomas físicos**

2. Cómo mejorar el diagnóstico de depresión?

- **Desarrollar la capacidad de entrevista y relación con el paciente**
 - **La detección es mayor por parte de algunos médicos y depende del ESTILO DE ENTREVISTA (ver protocolo 1)**

- → preguntas abiertas
- → contacto visual
- → mostrar que hay tiempo para escuchar (sentarse)
- → tomarse el tiempo necesario, si es preciso más de una consulta
- → mostrar empatía
- → prestar atención al comportamiento no verbal (facies, manos, arreglo personal etc.)
- → uso de instrumentos de screening (tamizaje)
- → realizar un diagnóstico físico, psicológico y social adecuado (ver protocolo 1)
- → utilizar la ficha clínica de diagnóstico de depresión

- **. Uso de instrumentos de screening**

La detección puede mejorarse combinando la utilización de un INSTRUMENTO DE SCREENING (tamizaje) en la sala de espera y complementado con entrevista clínica, especialmente en los grupos de riesgo y cuando el puntaje del screening indica depresión probable.

- Se recomienda la aplicación de instrumento de screening a todos los pacientes que concurren a consulta por parte del personal de enfermería en la sala de espera (Ver Protocolo 2)

- **Conocer los grupos de riesgo:**

- ⇒depresión previa
- ⇒enfermedad orgánica crónica
- ⇒historia familiar de depresión
- ⇒antecedente de IAE
- ⇒Sexo femenino
- ⇒Postparto
- ⇒falta de soporte social
- ⇒desempleo
- ⇒situaciones vitales stressantes
- ⇒alcoholismo u otro abuso de sustancias

- **Conocer la epidemiología básica de la depresión**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• La Depresión se presenta como una combinación de síntomas físicos y psicológicos• Los pacientes con trastornos depresivos a menudo presentan y consultan por SINTOMAS FISICOS• Los síntomas físicos tales como dolor, insomnio, fatiga pueden ser síntomas de Depresión• El abuso de alcohol o drogas puede causar o intensificar una depresión |
|--|

- **Incorporación de pautas de diagnóstico sistematizadas en la historia clínica.**

Ficha clínica de diagnóstico

- En caso de que las preguntas que investigan probable depresión (PROTOCOLO 2) hayan sido marcadas positivamente , preguntar con más detalle de acuerdo a la siguiente ficha clínica que debe incluirse en la historia clínica

Durante las últimas 2 semanas: (Marque SI o NO)

1. ¿ Se ha sentido triste o deprimido/a la mayor parte del tiempo, casi todos los días?
2. ¿Se ha sentido desinteresado o incapaz de disfrutar de la vida la mayor parte del tiempo, casi todos los días?
3. ¿ Ha tenido problemas para dormir (insomnio o dormir demasiado) casi todas las noches?
4. ¿Se ha sentido cansado o con menos energía la mayor parte del tiempo, casi todos los días?
5. ¿ Ha notado problemas de concentración o de memoria, casi todos los días?
6. ¿ Ha estado tan inquieto que no puede permanecer sentado, casi todos los días?
7. ¿Ha sentido que usted no es tan hábil y capaz como otra gente casi todos los días?
8. ¿ Se ha sentido despreciable o culpable, casi todos los días?
9. ¿Ha notado un cambio significativo en su apetito? (más o menos)
10. ¿Ha notado un cambio en su peso de más de 4 kilos? (en más o menos)
11. ¿ Ha pensado que realmente no vale la pena vivir?
12. ¿ Ha pensado en quitarse la vida?

- ***Investigue siempre el riesgo suicida***

Las ideas de muerte están con frecuencia presentes en la depresión. Se ha demostrado que preguntarle al paciente NO INDUCE AL SUICIDIO. Es mejor hacer una serie de preguntas relacionadas y no preguntar abruptamente sobre el suicidio

Preguntas sugeridas:

- ¿Tiene esperanza en su futuro?
- ¿Piensa mucho en la muerte?
- ¿ Ha pensado que sería mejor estar muerto?
- ¿ Ha pensado alguna vez en el suicidio?
- ¿ Alguna vez intentó contra su vida?
- ¿Cómo lo hizo?
- ¿Ahora, ha pensado cómo hacerlo?
- ¿ Piensa que podría llegar a hacerlo?

- ¿Ha pensado en el efecto de su muerte sobre su familia y amigos?
- ¿Qué lo/a ha detenido hasta ahora?
- ¿Qué tipo de ayuda podría hacer más fácil enfrentar esta situación?
- ¿Cómo se siente al hablar de este tema?

- **Criterios para el diagnóstico de depresión**

- **Síntomas cardinales de depresión**

La presencia de:

- **ANIMO DEPRIMIDO O PERDIDA DE INTERES O PLACER**

Algunos de los siguientes síntomas:

- **Sentimientos de minusvalía o culpa**
- **Disminución de la capacidad de concentración**
- **Pérdida de energía y fatiga**
- **Ideas de muerte**
- **Pérdida o aumento del apetito y/o peso**
- **Insomnio o hipersomnia**
- **Retardo o agitación psicomotriz**

Por lo menos durante 2 semanas, sin evidencias de un trastorno primario subyacente.

DESCARTAR:

- Enfermedades físicas como la anemia o el hipotiroidismo que pueden confundirse con depresión
- Algunos medicamentos comunes pueden dar síntomas de depresión: antihipertensivos, corticoides, indometacina, opiáceos etc.

- **¿Qué severidad tiene la depresión?**

- **DEPRESION MAYOR**

VER : FICHA CLÍNICA DE DIAGNOSTICO

- ***Por lo menos uno de los síntomas 1 y 2 y por lo menos 5 en total***

- **DEPRESION MENOR**

- *Presencia de síntomas de depresión que no alcanzan la puntuación de depresión mayor*

- **DEPRESION SEVERA O COMPLICADA**

A los criterios establecidos para el diagnóstico de Depresión Mayor, se agrega la sospecha de presencia de síntomas psicóticos o maníacos y/o dependencia de alcohol y drogas

Orientaciones para la detección de condiciones que al coexistir con depresión, le dan el carácter de Depresión Severa o Complicada:

⇒ **Psicosis**

Explorar presencia de fenómenos alucinatorios.

Ejemplo de pregunta:

¿ Durante el último mes, a veces, ha oído voces o visto cosas que otros no pueden ver?
(Pida ejemplos)

- **SOSPECHA DE PRESENCIA DE FENOMENOS ALUCINATORIOS: SI NO**

⇒ **Trastorno Bipolar**

Explorar presencia de síntomas maníacos

Ejemplo de preguntas:

- ¿Ha tenido períodos de más de 1 semana en los cuales se ha sentido eufórico o excesivamente animado todo el tiempo?
- Durante esos períodos, ¿trataba de dormir y no podía?, ¿ ha sentido o le han dicho que estuviera pensando, hablando o moviéndose demasiado rápido?

- **SOSPECHA DE PRESENCIA DE ESTADOS MANIACOS: SI NO**

⇒ **Dependencia de Alcohol o Drogas**

Explorar presencia de dependencia de alcohol, marihuana, cocaína u otras drogas

Ejemplo de pregunta:

- ¿ Se ha encontrado consumiendo en mayores cantidades que las que usted pensó?
- ¿ Alguna vez consumió para aliviar malestares? ¿ Ha continuado consumiendo a pesar de que le provoque problemas al cuerpo o a los nervios?

- **SOSPECHA DE PRESENCIA DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL, DROGAS: SI NO**

⇒ **Riesgo de Suicidio**

- Explorar ideación suicida tal como se pauta más arriba
- **RIESGO DE SUICIDIO: SI NO**

4. Toma de decisiones terapéuticas

- Identifique el tipo de depresión y establezca plan de tratamiento
- **Depresión menor**

Es cuando están presentes menos de 5 síntomas cardinales

- Es poco probable que el paciente responda a medicación antidepresiva.
- Apoye al paciente y oriéntelo a buscar apoyo entre sus familiares, amigos, vecinos, grupos de autoayuda, grupos religiosos, sociales etc.
- Estimule la esperanza en la recuperación sin minimizar el sufrimiento del paciente
- Cuando los síntomas leves son crónicos o el paciente está enfrentado a múltiples dificultades prácticas en su vida cotidiana, considere la posibilidad de recomendar un tratamiento psicoterapéutico de apoyo, cognitivo-conductual o psicodinámico según preferencia del paciente y tipo de problemas. (VER PROTOCOLO 1)

Cuando los síntomas son leves, el paciente ha experimentado un suceso vital stressante pero los síntomas NO son crónicos y el paciente NO está enfrentado a múltiples problemas persistentes en su vida cotidiana, es probable que la depresión sea un elemento normal del proceso de adaptación.

- **Depresión Mayor**

Es cuando el paciente tiene 5 o más síntomas cardinales por un período de 2 semanas o más sin evidencia de trastorno primario subyacente

- **1) Orientación y apoyo para mejorar las estrategias de afrontamiento del paciente**

- Educación acerca del proceso
- Estimular esperanza de recuperación
- Reforzar soporte social
- Si es posible comprometer a la familia en el tratamiento
- Cuando la depresión es prolongada o las recaídas son frecuentes, considere la remisión a tratamiento psicoterapéutico.

- **2) Además de tomar en cuenta los factores sociales y contextuales, considere la indicación de antidepresivos**

- Los antidepresivos son eficaces en la mayoría de las depresiones (80%, 70% dentro de las 6 semanas)
- No hay una opción “correcta” en términos de droga a indicar, es conveniente decidir la más adecuada para cada paciente
- Las dosis deben ser ADECUADAS y dadas por TIEMPO SUFICIENTE (no menos de 6 meses)
- Se debe controlar regularmente la progresión del paciente (inicialmente cada 15 días)
- Investigar la adhesión al tratamiento
- *Si la depresión es severa, es poco probable que el paciente responda a estrategias psicoterapéuticas o de autoayuda hasta que la medicación haya comenzado a hacer efecto.*

- **3) Explique claramente al paciente cómo usar la medicación**

- La medicación debe ser tomada diariamente
- El efecto puede tardar entre 2 y 4 semanas
- Los efectos colaterales pueden ocurrir con cualquier antidepresivo pero habitualmente ceden en 7 a 10 días
- Los antidepresivos no son adictivos
- La medicación debe continuarse por lo menos 6 meses después de la mejoría
- Alertar al paciente sobre los riesgos de manejar hasta tener una impresión clara de la tolerancia al medicamento. Conviene no manejar durante 2 o 3 semanas.

- **4) De al paciente y a su familia información sobre la enfermedad y las formas de ayuda**

- La depresión es un trastorno común y existen tratamientos disponibles
- No es un problema de falta de voluntad, el paciente no está así porque quiere, es una enfermedad.
- El stress y las preocupaciones tienen síntomas físicos y psíquicos

- Orientar hacia la planificación de actividades breves, que hayan sido satisfactorias en el pasado, que puedan proveer bienestar y ayudar a reconstruir la autoconfianza
- Intentar atenuar la autocrítica y el pesimismo
- **Aconsejar postergar decisiones que pueden estar influidas por el cuadro depresivo (separación, dejar un trabajo etc)**
- Si existen síntomas físicos (por ejemplo dolor), explicar la relación entre el síntoma y el estado de ánimo.

- Luego de la recuperación, discuta con el paciente las medidas a tomar en caso de recaída

- *Si hay síntomas de ansiedad importantes, evite indicar benzodiazepinas, aconseje métodos de relajación, para reducir síntomas físicos, estimule la práctica de ejercicios.*
- *Si las indica, hágalo sólo al comienzo hasta que el antidepresivo comience a hacer efecto y NUNCA MAS DE 1 MES.*
- *Recuerde que las benzodiazepinas pueden empeorar la depresión.*

SI EL PACIENTE NO HA RESPONDIDO DESPUES DE 2 MESES DE TOMAR EN FORMA Y DOSIS ADECUADA UN ANTIDEPRESIVO: CONSIDERE LA CONSULTA CON ESPECIALISTA.

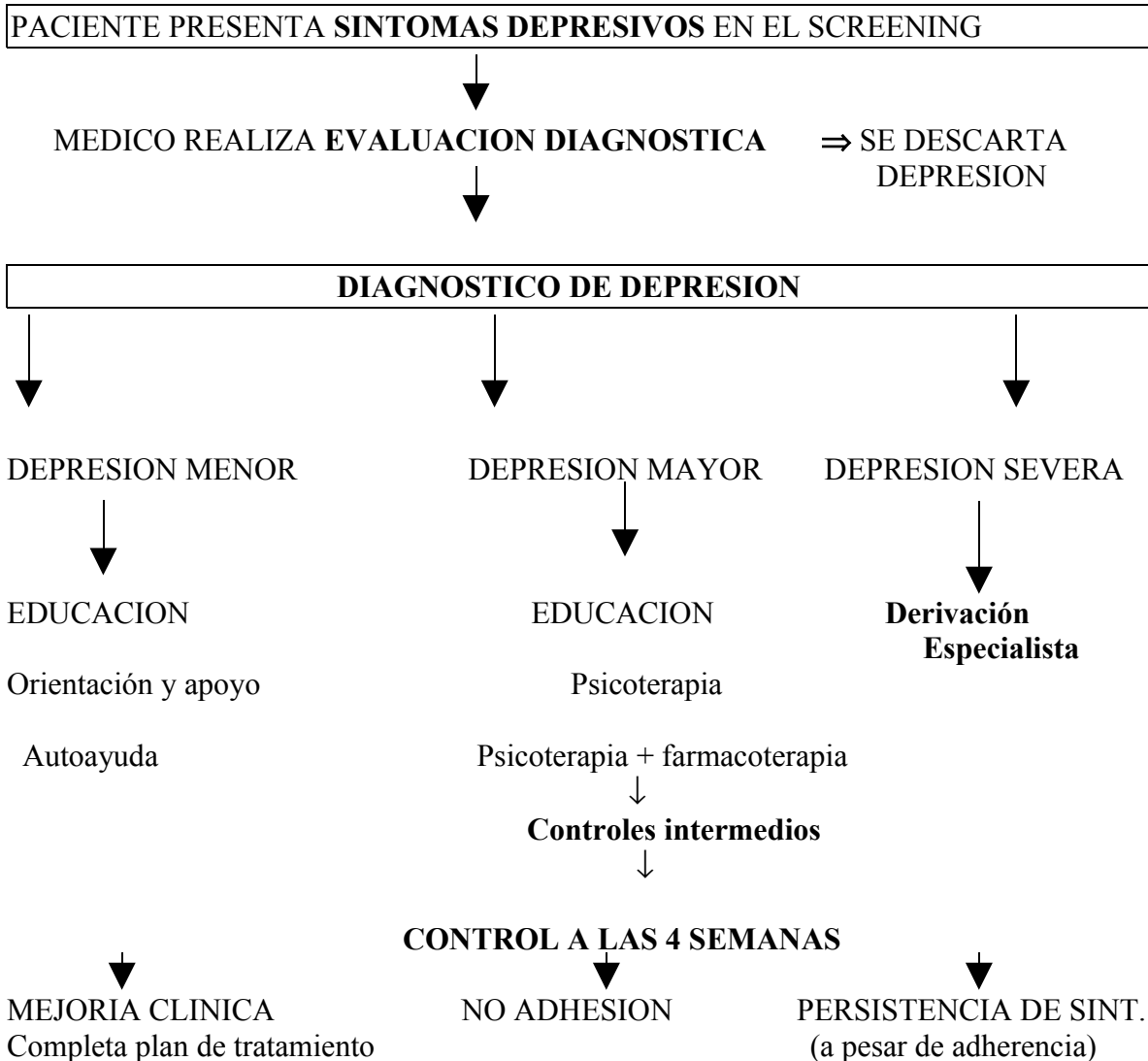
- **Tratamiento de mantenimiento**
- Aproximadamente el 50% de las depresiones son crónicas y la adhesión al tratamiento es baja
- Mantenga el control regular del paciente y estimule la consulta con el especialista.
- El tratamiento de mantenimiento debe hacerse a la misma dosis a la cual se logró la mejoría clínica
- Estimule al paciente a no discontinuar el tratamiento sin consultar ya que la mayoría de los medicamentos requieren una suspensión progresiva.
- A medida que se produce la mejoría, estimule la capacidad de autoayuda y evalúe con el paciente la posibilidad de un tratamiento psicoterapéutico focalizado que NO se transforme en un modo de vida.
- La aplicación de instrumentos de detección (VER PROTOCOLO 2) puede ayudar a seguir la evolución.

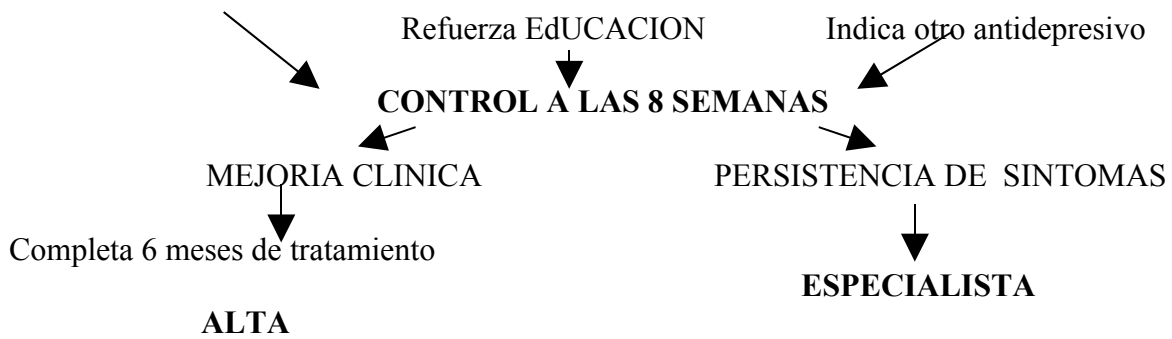
En caso de RECAIDA, CONSIDERE LA CONSULTA CON ESPECIALISTA

• **5. ¿ Cuándo derivar a especialista?**

- Si hay riesgo de suicidio (claras intenciones, plan definido, antecedente de IAE)
- Si no hay respuesta a dosis adecuada de medicación durante 2 meses (siempre que la adhesión al tratamiento haya sido buena)
- Si tiene dudas diagnósticas
- Si es una depresión complicada o hay comorbilidad
- SIEMPRE QUE EL MEDICO SIENTA QUE NECESITA MAS APOYO
- SI LA FAMILIA O EL PACIENTS SOLICITAN LA CONSULTA.

ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION





6. Resumen

• 1. La depresión a menudo no se diagnostica

- **especialmente en enfermos crónicos.**
- **Recuerde los grupo de riesgo:**
 depresión previa
 enfermedad crónica
 historia familiar
 Intento de autoeliminación
 Posparto
 Falta de soporte social
 situaciones vitales stressantes
 alcohol o drogas
- **Recuerde que un instrumento de detección puede ayudar**

2. ¿ La depresión es mayor o menor?

2 SEMANAS O MAS PRESENTANDO

- TRISTEZA CASI TODOS LOS DÍAS
- DISMINUCION MARCADA DE INTERES O PLACER EN CASI TODAS LAS COSAS CASI TODO EL TIEMPO
- AUMENTO O DISMINUCION SIGNIFICATIVA DE PESO
- INSOMNIO O HIPERSOMNIA
- ENLENTECIMIENTO O EXCITACION PSICOMOTRIZ
- FATIGA
- SENTIMIENTOS DE MINUSVALIA O CULPA
- DIFICULTAD DE CONCENTRACION
- IDEAS DE MUERTE O DE SUICIDIO

- **Recuerde: Un paciente debe tener 1 o 2 y un total de 5 síntomas para diagnosticar depresión mayor**

3. No olvide evaluar el riesgo suicida

- Pregunte si ha pensado en el suicidio y en cómo hacerlo
- Recuerde los factores de riesgo:

Deseperanza (sensación de no tener salida)
enfermedad física
historia familiar de abuso de sustancias
sexo masculino
edad avanzada
vive solo
ideas o intento de autoeliminación reciente
síntomas psicóticos
alta reciente de internación psiquiátrica

4. Haga un plan terapéutico siempre que detecte una depresión

5. Elija el plan terapéutico más apropiada para su paciente

DEPENDIENDO DE LA SEVERIDAD, EL RIESGO SUICIDA, LAS SITUACIONES AMBIENTALES, EL TRABAJO, LA PREFERENCIA DEL PACIENTE Y LAS OPORTUNIDADES DE TRATAMIENTO DISPONIBLES

- Recuerde:

- La depresión menor generalmente no responde a medicamentos antidepresivos
- La depresión mayor requiere tratamiento farmacológico a dosis y tiempo adecuado
- En las depresiones recurrentes, algunas psicoterapias pueden ser más efectivas que la medicación
- Si hay riesgo suicida: DERIVE A ESPECIALISTA (No olvide que Uruguay es el país de América Latina que tiene tasa de suicidio más alta)
- Si el paciente no responde a 8 semanas de tratamiento con un antidepresivo indicado y tomado en dosis adecuadas: DERIVE A ESPECIALISTA_____

ANEXO: MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS

¿Cuándo usarlos?

- Se ha demostrado que los antidepresivos son efectivos en depresiones SEVERAS.
- No hay estudios hasta el momento que muestren que son beneficiosos en depresiones leves en las que el tratamiento psicológico puede ser beneficioso.

¿Qué antidepresivo usar?

- **A DOSIS TERAPEUTICA COMPLETA TODOS LOS ANTIDEPRESIVOS DISPONIBLES MUESTRAN IGUAL EFICACIA**
- **EL EFECTO TARDA DE 3 A 6 SEMANAS**
- **LA CANTIDAD DE ANTIDEPRESIVOS DEBE SER PEQUEÑA Y CUANDO SEA NECESARIO, SUPERVISADA POR FAMILIAR O AMIGO.**
- **LOS MÁS USADOS SON LOS TRICILICOS Y LOS INHIBIDORES DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA**

¿ Por cuánto tiempo debe ser usado?

El tratamiento debe ajustarse a las necesidades del paciente y mantenerse por lo menos 6 meses después que la sintomatología depresiva ha remitido. El uso de antidepresivos a largo plazo debe discutirse con el especialista.

¿ Se toleran mejor algunos medicamentos?

Todos los antidepresivos pueden causar efectos secundarios. Se ha planteado que los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: ej: fluoxetina, sertralina, paroxetina) tienen un perfil de efectos secundarios más leves, sin embargo esto varía según los pacientes.

¿ Qué antidepresivos usar y en qué dosis?

1. Si hay antecedente de respuesta anterior a un antidepresivos determinado INDICAR EL MISMO

BIBLIOGRAFIA

1) Protocolos y Consensos de Tratamiento

- 1) A Systematic Guide For the Management of Depression in Primary care. North of England evidence-based guideline development project.1998
- 2)Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. NIH Consens Statement 1991 Nov 4-6; 9(3):1-27.
- 3) Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención: Guía Metodológica. Ministerio de Salud, República de Chile. Unidad de Salud Mental. 1998
- 4) Eccles M. et al. North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development. BMJ 1996; 312:760-1
- 5) Eccles M. et al. North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care of dementia. BMJ 1998; 317: 802-8
- 6) Frances A.J; Kahn D.A; Carpenter D; Docherty J.P; Donovan S.L .The Expert Consensus Guidelines for treating depression in bipolar disorder. J Clin Psychiatry, 1998; 59 Suppl 4: 73-9
- 7) Guidelines for the Treatment and Management of Depression by Primary Healthcare Professionals New Zealand Guidelines Group.Copyright 1998. Auckland, New Zealand
- 8) Hirschfeld, R.M; Keller, M.B; Panico, S; Arons, B.S; Barlow, D; Davidoff, F; Endicott, J; Fromm, J; Goldstein, M; Gorman, J.M; Marek, R.G; Maurer, T.A; Meyer, R; Phillips, K; Ross, J; Schwenk, T.L; Sharfstein, S.S; Thase, M.E; Wyatt, R.J .The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression . JAMA, 1997 Jan; 277(4): 333-40
- 9) Jackson, R. et al. Guidelines for clinical guidelines. A simple, pragmatic strategy for guideline development. BMJ, 1998; 317: 427-42. Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin, 1993 apr; 5:1-20
- 10) Lebowitz, B.D; Pearson, J.L; Schneider, L.S; Reynolds, C.F; Alexopoulos, G.S; Bruce, M.L; Conwell Y; Katz, I.R; Meyers, B.S, Morrison, M.F; Mossey, J; Niederehe, G; Parmelee, P.

Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. JAMA. 1997;278(14):1186-1190.

11) Persons JB; Thase ME; Crits-Christoph P .The role of psychotherapy in the treatment of depression: review of two practice guidelines .Arch Gen Psychiatry, 1996 Apr; 53(4):283-90

12) Practice Guidelines for Psychiatric Evaluation of Adults. Am. J Psychiatry. 1995 Nov; 152:11

13) Rush, A.J; Crismon, M.L; Toprac, M.G; Trivedi, M.H; Rago, W.V; Shon, S; Altshuler, K.Z. Consensus guidelines in the treatment of major depressive disorder. J Clin Psychiatry, 1998, 59 Suppl 20:, 73-84

14) Sacket et. al. Evidence Based Medicine: What is and what isn't. BMJ. 1996; 312: 71-72, citado por Jackson et al. Guidelines for clinical guidelines. BMJ. 1998; 317: 427-428.

15) Treatment of Depression—Newer Pharmacotherapies. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 7, 1999 Mar. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. [Http://www.ahrp.gov/clinic/deprsumm.htm](http://www.ahrp.gov/clinic/deprsumm.htm)

2) Trabajos que muestran el estado del arte (“state of the art”):

1. Baldessarini R: Enhancing Treatment With Psychotropic Medicines. Bull Menninger Clin 1994; 58(2): 224-41

2. Balkrishnan R: Predictors Of Medication Adherence In The Elderly. Clin Ther 1998; 20(4):764-71

3. Bond G, Aiken L, Somerville S: The Health Belief Model And Adolescents With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. Health Psychol 1992; 11(3): 190-8

4. Croog S, Levine S, Testa M, Brown B, Bulpitt C, Jenkins C, Et Al: The Effects Of Antihypertensive Therapy On The Quality Of Life. N Engl J Med 1986; 314:1657-64

5. Chalmers J:Avances En El Diagnóstico Y Tratamiento De La Hipertensión Arterial. Astra 1998: 1-27

6. Drugs And Therapeutics Bulletin - Vol. 36 - Nos 6 (Cont.) Y 7 : Por Que Fracasaron Los Tratamientos? - Pag. 2-3. Rev. Noticias N° 97 – SMU. Marzo 1999
7. Elliot Wj: Compliance Strategies. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 1994; 3(3): 271-8
8. Glasgow R, Anderson B: Future Directions For Research On Pediatric Chronic Disease Management: Lessons From Diabetes. *J Pediatr Psychol* 1995; 20(4): 389-402
9. Green L, Simons-Morton D: Denial, Delay And Disappointment: Discovering And Overcoming The Causes Of Drug Errors And Missed Appointments. *Epilepsy Res Suppl* 1998; 1: 7-21
10. Grúeninger, U., Goldstein, M. Y Dufy, D. :Patient Education In Hipertension: Five Essential Steps. *Journal Of Hypertension* 1989, Vol 7 (Suppl 3)
11. Kravitz Rl, Hays R, Sherbourne C, Dimatteo M, Rogers W, Ordway L, Et Al: Recall Of Recommendations And Adherence To Advice Among Patients With Chronic Medical Conditions. *Arch Intern Med* 1993; 153 (16): 1869- 78
12. Rand C: Measuring Adherence With Therapy For Chronic Diseases: Implications For The Treatment Of Heterozygous Familial Hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1993; 72(10): 68d-74d
13. Sherbourne C, Hays R, Ordway L, Dimatteo M., Kravitz R. : Antecedents Of Adherence To Medical Recommendations: Results From The Medical Outcomes Study. *J Behav Med* 1992;15(5): 447-68
14. Turk D.: Customizing Treatment For Chronic Pain Patients: Who, What, And Why. *Clin J Pain* 1990; 6(4): 225-70
15. Weber M. : The Evolving Paradigm Of Hypertension. *Cardiology Cl.* 1995, 13, N°4: 473-78

3) Estudios controlados

- 1) Agosti, V; Ocepek-Welikson, K .The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: a reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Affect Disord*, 1997 May; 43(3):181-6
- 2) Barkham, M; Rees, A; Shapiro, D.A; Stiles, W.B; Agnew, R.M; Halstead J; Culverwell, A; Harrington, V.M. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project . *J Consult Clin Psychol*, 1996 Oct; 64(5):1079-85
- 3) Barkham, M; Rees, A; Stiles, W.B; Shapiro, D.A; Hardy, G.E; Reynolds, S. Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 1996 Oct; 64(5):927-35

- 4) Barrett, J; Barrett, J; Oxman, T. et. al. The prevalence of psychiatric disorders in primary care practice. Archives of General Psychiatry. 1988 Dec; 45(12):1100
- 5) Beardsley, R; Gardocki, G., Larson, D. & Hidalgo, J. Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists. Archives of General Psychiatry, 1988 Dec; 45: 1117-9.
- 6) Campos,R; García- Campayo ,J.J; Pérez-Echeverría, MJ; Lobo A. Prevalencia de la depresión en atención primaria. Psiquiatría. Vol IX. Núm. Extra. 1997 (pp 18-26)
- 7) Ceretti, T; Ibáñez, A; Abreu, M.C; Francolino, C; Dapuetto, J.J; Bernardi, R. Prevalencia y diagnóstico de problemas psicosociales en población internada en hospital general. Revista Médica del Uruguay, 1995; vol. 11, nº 3: 176-86.
- 8) Clarkin, J.F; Pilkonis, P.A; Magruder, K.M . Psychotherapy of depression. Implications for reform of the Health Care system. Arch Gen Psychiatry, 1996 Aug; 53(8):717-23
- 9) Clayton,P.J. Depression subtyping: treatment implications. J Clin Psychiatry. 1998;59 Supl 16:5-12; discussion 40-2. Review. PMID: 9796860; UI: 99010884.
- 10) Cummings, N. et. al. The impact of psychological intervention on healthcare utilization and costs: The Hawaii Medicaid Project. San Francisco, CA: American Biodyne Inc. 1990
- 11) Cummings, N, Ph.D. et.al. Medicaid, managed mental healthcare and medical cost offset. Behavioral Healthcare Tomorrow, 1993 Sep/Oct, 15-20.
- 12) Demyttenaere, K. Noncompliance with antidepressants: who's to blame? Int Clin Psychopharmacol, 1998 Feb; 13 Suppl 2: S19-25
- 13) Depression—Effective Treatments are available. NIH Publication No. 93-3590 . Printed 1993
- 14) Dowrick, C et al.Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. ODIN Group. Br J Psychiatry. 1998 Apr;172:359-63. PMID: 9715340; UI: 98381129.

- 15) Ernst et. Al. Complementary therapies for depression: an overview. Arch Gen Psychiatry. 1998 Nov; 55(11):1026-32. Review. PMID: 9819072; UI: 99034381.
- 16) Friedli, K; King, MB; Lloyd, M; Horder, J . Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care .Lancet, 1997 Dec 6; 350(9092):1662-5
- 17) Glassman,A.H. Cardiovascular effects of antidepressant drugs: updated. J Clin Psychiatry. 1998; 59 Suppl 15:13-8. Review. PMID: 9786306; UI: 99000245.
- 18) Goldman, W; McCulloch, J; Cuffel, B; Zarin, DA; Suarez, A; Burns, BJ . Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression. Psychiatr Serv, 1998 Apr; 49(4):477-82
- 19) Hardy, G.E; Barkham, M; Shapiro, D.A; Reynolds, S; Rees, A; Stiles, W.B . Credibility and outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. Br J Clin Psychol, 1995 Nov; 34 (4):555-69

4) Textos

1. Bowling, A.: La Medida De La Salud: Revisión De Las Escalas De Medida De La Calidad De Vida.1994, Ed. Masson, Barcelona.
2. Cassem,N.H. Et Al: Massachussets General Hospital: Handbook Of General Psychiatry,1997. Ed. Mosby-Yearbook Inc.
3. Fahrner,R.: Guía De Evaluación Semiológica Del Síndrome Depresivo. Temas De Psiquiatría. Ed. Ciba-Geigy, 1987
4. Howard, K. Et Al. Compass Outpatient Tracking Assesment. Compass Pc, Copyright Bristol, Myers-Squibb, 1997
5. Mann Nc: Improving Adherence Behaviour With Treatment Regimens. Behavioural Science Learning Modules. Who. Div. Mental Health. Geneva, 1993: 1-17

6. Nockowitz R: Enhancing Patient Compliance With Treatment Recommendations. In: Ogden J: An Introduction To Health Psychology. Health Beliefs. In: Ogden J, Health Psychology: A Text Book, Towbridge: Redwood Books, 1996: 1-35
7. Rojo Rodes, J.E.; Cirero Costa E...: Interconsulta Psiquiátrica. 1997. Ed. Masson. Barcelona
8. Roth A. & Fonagy P.: What Works For Whom ¿ A Critical Review Of Psychotherapy Research, 1997. The Guilford Press, N.Y., London
9. Sackett, D. Et Al. Evidence- Based Medicine: How To Practice And Teach EBM.1997, Ed. Churchill Livngstone
10. Stern,T. Et Al.:MGH Guide To Psychiatry In Primary Care. 1998. Ed. Mc Graw Hill Comp. Inc.
11. Strain Jj: Psychological Interventions In Medical Practice, New York: Appleton, 1978
- 12.
13. Stuart EM, Friedman R, Benson H : Promoting Nonpharmacologic Interventions To Treat Elevated Blood Pressure. Behavioural Science Learning Modules. Division Of Mental Health.World Health Organization, Geneva, 1993: 1-42
14. Tizón, J.L. Et Al-: Protocolos Y Programas Elementales Para La Atención Primaria En Salud Mental. 1997. Ed. Herber, Barcelona.
15. Turk Dc, Meichenbaum D: Adherence To Self- Care Regimens: The Patient's Perspective. In: Sweet J, Rozensky R, Tovian S, Handbook Of Clinical Psychology In Medical Settings, New York: Plenum Press, 1991:249-266.
16. World Health Organization. Division Of Mental Health: Doctor- Patient. Interaction And Communication, Geneva, 1993: 1-43

PREGUNTAS ANSIEDAD

1. Cuál es el mayor período de tiempo aceptable entre dos exámenes físicos de un niño con diagnóstico probable de trastorno de ansiedad?
 1. 6 meses
 2. 24 meses
 3. 12 meses
 4. 18 meses

2. ¿ qué % de niños con un trastorno de ansiedad presenta un cuadro depresivo como comorbilidad asociada?
 1. $\frac{1}{4}$
 2. $\frac{1}{3}$
 3. $\frac{1}{2}$
 4. Todos

3. Cuál es el trastorno de ansiedad más discapacitante en niños escolares?
 1. Fobia social
 2. Trastorno de ansiedad generalizada.
 3. Agorafobia
 4. Ansiedad de separación con rechazo escolar

Seleccione la opción correcta

- A. las respuestas 1,2,3 son correctas
- B. las respuestas 1y3 son correctas
- C. las respuestas 2y4 son correctas
- D. sólo la 4 es correcta
- E. Todas son correctas

4.¿ Cuáles de los siguientes trastornos de ansiedad se clasifican como de diagnóstico habitual en la infancia o adolescencia, de acuerdo al DSM-4?

1. Trastorno de ansiedad generalizada.
 2. Trastorno de ansiedad infantil
 3. Trastorno de pánico
 4. Trastorno de ansiedad de separación
-
5. Los niños y sus padres pueden reportar diferentes signos y síntomas. De los siguientes, cuáles son los que son más adecuadamente informados por el niño?
 1. Sentimientos catastróficos (terror, angustia)
 2. Ideación suicida
 3. Palpitaciones y taquipnea
 4. Ausencia escolar
-
5. De la lista que sigue, cuál o cuáles situaciones requieren una exploración especial al diagnosticar o tratar un trastorno por ansiedad?
 1. Medicamentos indicados
 2. Consumo de bebidas cola

3. Actividad sexual
4. Actividad deportiva

6. En la mayoría de estas situaciones, el niño y la familia voluntariamente acuden a tratamiento excepto en :
 1. Ansiedad de separación
 2. Fobia social
 3. Trastorno por somatización
 4. Trastorno por ansiedad generalizada.

- 7.Cuál de los siguientes aspectos debe guiar las decisiones terapéuticas?
 1. El diagnóstico
 2. La situación psicosocial
 3. La severidad de los síntomas
 4. La existencia de comorbilidad

8. Los niños ansiosos tienen frecuentemente familias ansiosas, problemáticas. O excesivamente preocupadas por la situación.Cuál de estas acciones llevaría a cabo con familias que tienen un niño ansioso?
 1. El médico debería decirle al niño ansioso que va a ser capaz de manejar las situaciones a pesar de su ansiedad
 2. El médico debería asegurarle a la familia que la ansiedad no es contagiosa
 3. El médico debería darle a los padres un pronóstico realista y tranquilizador
 4. El excesivo poder de un niño no es un factor contribuyente para crear o mantener la ansiedad

9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al uso de benzodiazepinas en niños?
 1. Los cuadros paradójales se ven con igual frecuencia en niños y adultos
 2. Se requieren 3 a 4 dosis diarias de lorazepam
 3. Las benzodiazepinas de acción corta tienden a acumularse en el organismo
 4. Las benzodiazepinas de acción prolongada tienden a evitar el rebrote de la ansiedad entre dosis

10. En niños con ansiedad generalizada o trastorno por estrés posttraumático cuál de las siguientes medicaciones son más efectivas en el tratamiento de la hiperactividad autónoma?
 1. Imipramina
 2. Buspirona
 3. Fluoxetina
 4. Clonazepam

DEPRESIÓN

- 1.Cuál es el lugar en que los adolescentes intentan el suicidio más frecuentemente?

1. Colegio
 2. Empleo
 3. Casa
 4. Lugar relativamente desconocido
-
2. Las depresiones en niños y adolescentes tienen un alto grado de cronicidad, ¿ cuál es el lapso en el cuál se recuperan la mayoría ¿
 1. 36 meses
 2. 12 meses
 3. 6 meses
 4. 48 meses
-
3. ¿Cuál de las siguientes medicaciones son aprobadas por la FDA para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes?
 1. Imipramina
 2. Paroxetina
 3. Nortrip`tilina
 4. Ninguna de las anteriores
-
5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones son verdaderas respecto al uso de antidepresivos tricíclicos en niños?
 1. La medicación se inicia con 1-2 mg /kg peso al acostarse
 2. El efecto se logra en 5 días
 3. Un bloqueo incompleto de rama no contraindica el uso de tricíclicos
 4. La dosis se debe aumentar cada 3 días