

16

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á DEPRESIÓN

Versión 1. Maio 2009

16

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á DEPRESIÓN

Versión 1. Maio 2009



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á DEPRESIÓN

ÍNDICE

- 1.** Introducción
- 2.** Definición do proceso asistencial
- 3.** Proceso de elaboración da guía técnica
- 4.** Metodoloxía utilizada na guía técnica
- 5.** Obxectivos da guía
- 6.** Características de calidade do proceso
- 7.** Proceso xeral, fluxograma
- 8.** Guía de actuación clínica
- 9.** Sistema de avaliación e mellora do servizo
- 10.** Bibliografía
- 11.** Anexos:
 1. Valoración do risco de suicidio
 2. Depresión posparto
 3. Esquema do tratamento
 4. Terapia de grupo

1.- INTRODUCCIÓN

Para a elaboración desta guía tívose en conta:

- As diferenzas de prevalencia por sexos nos cadros depresivos, que representan o 41,9% dos trastornos mentais nas mulleres e o 29,3% en homes.
- Certos trastornos mentais están condicionados por determinantes socioeconómicos, clase social, ocupación, nivel educativo e polos determinantes de xénero, podendo ser sensibles aos cambios que se poidan realizar nestes ámbitos.
- Recéitanselles máis psicofármacos ás mulleres que aos homes.
- O sistema de saúde debería promover modelos de atención ao malestar cun enfoque biopsicosocial que se dirixan a modificar os factores determinantes de xénero asociados, propoñéndose limitar a medicalización e atopar outras solucións ao malestar que orixina síntomas e desemboca no consumo de psicofármacos.
- O risco de recorrencia en mulleres é especialmente alto (o dobre que en homes). No conxunto de homes e mulleres, a metade dos pacientes terá un novo episodio despois de sufrir o primeiro, o 70% despois de dous e ata o 90% despois de tres.

2.- DEFINIÇÃO DO PROCESO ASISTENCIAL

- **Proceso asistencial:**

Identificación e atención á depresión.

- **Alcance:**

Todo o persoal do Servizo Galego de Saúde.

- **Usuaría:**

Muller que acode a consulta con síntomas de sospeita de depresión ou coa enfermidade diagnosticada.

- **Propietario do proceso:**

Dirección de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

3.- PROCESO DE ELABORACIÓN DA GUÍA TÉCNICA

3.1 Participación social

Esta guía técnica forma parte do proxecto “Saúde mental e xénero” do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Os requirimentos foron identificados nunha mesa de traballo na que participaron representantes do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Casa de Acolida da Muller da Coruña, Casa da Muller do Concello de Lugo, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Complexo Hospitalario Universitario A Coruña Asociación Alecrín, Centro Municipal Asociativo de Enfermos Crónicos “Domingo García Sabell” e especialistas en endocrinoloxía, psiquiatría, xinecoloxía, reumatoloxía, psicoloxía, cardioloxía, alergoloxía e varios xestores do sistema sanitario. Posteriormente o proxecto foille asignado a un/unha profesional experto/a no tema que definiu as tarefas necesarias para acadar os obxectivos definidos no Plan. Estas tarefas e obxectivos foron aprobados no Comité do Plan formado

pola conselleira de Sanidade, os dous secretarios xerais, o director xeral de Asistencia Sanitaria e o de Recursos Humanos, a asesora técnica e tres expertos/as na materia. A primeira tarefa identificada dentro do proxecto foi a elaboración dunha guía de actuación clínica dirixida aos/ás profesionais sanitarios/as para a atención á depresión.

3.2 Participación dos profesionais

Para a elaboración desta guía, e despois de definirse o fluxograma de procesos, creouse un grupo de traballo composto por profesionais sanitarios expertos no tema que, seguindo a metodoloxía descrita a continuación, definiron e identificaron os criterios e as accións sanitarias que facilitan as tomas de decisión dos/as profesionais sanitarios/as que atenden a estas mulleres.

O grupo de traballo tivo que identificar os subprocesos que forman parte do proceso global de atención á depresión. Para cada subproceso detalláronse as actuacións sanitarias (anamnese, probas complementarias, exploración...) que se incluían nel. Igualmente para cada unha destas actuacións sanitarias as persoas que compoñen o grupo tiveron que definir os seus requisitos ou características técnicas (por exemplo na anamnese qué preguntas se teñen que facer), o grao de recomendación (seguindo o sistema SIGN) desas características, cando non houbera unha práctica profesional homoxénea, e as características de calidade para realizar ese subproceso asistencial. Por último, tamén tiveron que definir a información que se lle debe dar á usuaria no subproceso. Para a realización deste traballo contouse coa Fundación Fisterrae que participou cunha busca bibliográfica do tema, e Avalia-t para consultas específicas. Con toda esta información elaborouse un documento que lles foi de novo enviado aos membros do grupo de traballo para a súa revisión.

3.3 Decisión da organización

O documento presentóuselle á Dirección de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde para a súa revisión e aprobación. Tamén se enviou á Fundación Fisterrae para que realizasen unha revisión externa das actuacións incluídas na guía e ao grupo de coordinación do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. O documento final foi presentado ao Comité Técnico do Plan para a súa aprobación final e inicio da súa implantación nas áreas piloto definidas no propio Plan.

4.- METODOLOXÍA UTILIZADA NA GUÍA TÉCNICA

A presente guía técnica non é unha guía de práctica clínica, aínda que estas foron a base para a súa elaboración e inclúense na bibliografía. Esta guía quere servir de axuda á toma de decisións dos/as profesionais que atenden un determinado proceso asistencial, homoxeneizando as actuacións sanitarias en todo o Sistema Sanitario Público de Galicia.

A unidade básica dentro da guía son os chamados “subprocesos” e teñen definidos o seu obxectivo, cando e a quen debe aplicalo e as actuacións sanitarias incluídas nel, coas súas propias características. Tamén están incluídas nesta guía algunhas características de calidade en canto á cualificación ou titulación do/a profesional e as instalacións e materiais necesarios. Esta guía acompañarase de información específica da área sanitaria, na que o/a profesional desenvolve o seu traballo, en canto aos fluxos de derivación e a forma de acceso aos especialistas consultores.

En cada subproceso asistencial veñen identificadas as actuacións sanitarias que hai que realizar como poden ser unha anamnese, a solicitude de probas ou a prescrición farmacéutica. De cada unha destas actuacións sanitarias definíronse os seus criterios ou características a modo de guía de práctica clínica. Nos casos nos que o grupo considerou que na práctica profesional existe unha variabilidade grande determinouse con detalle o nivel de evidencia científica e apuntouse o grao de recomendación no documento. Nas actuacións sanitarias

que o grupo considerou que teñen unha práctica profesional común e que están baseadas na evidencia científica, non se considerou necesario facer explícito o grao de recomendación. O sistema de codificación utilizado para os subprocesos é un código composto polo número de orde de publicación da guía máis un número consecutivo dentro do propio proceso. Ademais con esta sistemática identificáronse as necesidades materiais e de formación que os xerentes das áreas sanitarias deberán dispoñer para aplicar un determinado proceso asistencial.

5.- OBXECTIVOS DA GUÍA

Os obxectivos que espera acadar esta guía, unha vez implantada, son:

- Axudarlles aos profesionais na súa toma de decisións sanitarias para dar asistencia sanitaria con enfoque de xénero ás mulleres con depresión.
- Diminuír a variabilidade na prestación do servizo e mellorar a súa execución.
- Definir de forma clara e precisa as vías de acceso e derivación deste servizo.
- Aumentar o grao de satisfacción e de información das mulleres respecto ao trato recibido e potenciar a súa participación na toma de decisións.

6.- CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DO PROCESO

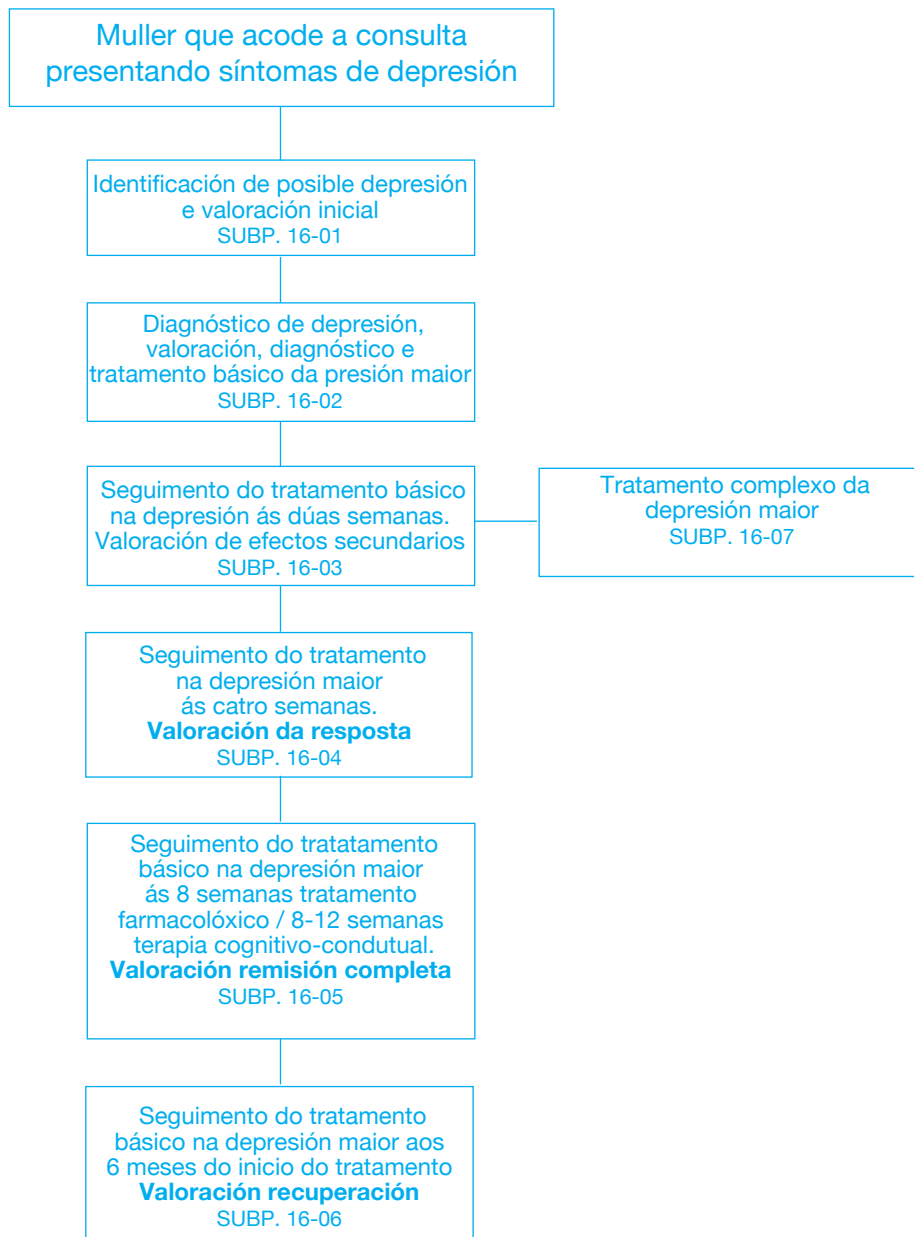
Os seguintes apartados definen as características de calidade do proceso:

- Procesos 16-01 a 16-06:
 - Profesionais: médicos con coñecementos específicos en atención á depresión. Para tratamentos específicos segundo as especificacións da guía.
 - Instalacións: Para a realización de todos os subprocesos incluídos necesítase unha consulta que garanta a privacidade da usuaria. Para tratamentos específicos segundo as especificacións da guía.
 - Recursos materiais:
 - Comúns: Dotacións estándares de consultas de atencións primaria ou especializada.
 - Específicos. Segundo tratamentos.
- Proceso 16-07 Tratamento complexo da depresión:
 - Profesionais: médicos especialistas en psiquiatría. Para tratamentos específicos segundo as especificacións da guía.
 - Instalacións: Para a realización de todos os subprocesos incluídos necesítase unha consulta que garanta a privacidade da usuaria. Para tratamentos específicos segundo as especificacións da guía.
 - Recursos materiais:
 - Comúns: Dotacións estándares de consultas de atencións primaria ou especializada.
 - Específicos: segundo tratamento.
- Aspectos organizativos desexables no proceso:
 - No parte de interconsulta a derivación será preferente e deberán constar escritas as circunstancias definidas nos subprocesos. No caso de que non sexa así, sería recomendable contactar por teléfono para aclarar o motivo da derivación. Vía consulta a psiquiatra consultor/a ou ben do/a psiquiatra ao/á médico/a derivante.
 - En caso de derivación urxente contactar co/a psiquiatra de referencia.

- O/a psiquiatra consultor/a con teléfono operativo ou outro sistema de localización para aclarar dúbidas.

7.- PROCESO XERAL

Fluxograma:



Subprocesos:

16-01- Identificación dunha muller con posible depresión e valoración inicial.

16-02- Valoración, diagnóstico e tratamento básico da depresión maior.

16-03- Seguimento do tratamento básico na depresión ás 2 semanas. Valoración de efectos secundarios.

16-04- Seguimento do tratamento na depresión maior ás 4 semanas. Valoración da resposta.

16-05- Seguimento do tratamento básico na depresión maior ás 8 semanas tratamento farmacolóxico/ 8-12 semanas terapia cognitivo-condutual. Valoración remisión completa.

16-06- Seguimento do tratamento básico na depresión maior aos 6 meses do inicio tratamento. Valoración recuperación.

16-07- Tratamento complexo da depresión maior.

7.- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA: DESCRIPCIÓN DOS SUBPROCESOS ASISTENCIAIS

SUBPROCESO 16-01: IDENTIFICACIÓN DE POSIBLE DEPRESIÓN E VALORACIÓN INICIAL.

Obxectivo do subproceso:

Detección de posible depresión e realizar unha valoración inicial.

Motivo de aplicación deste subproceso:

- Muller que acode a consulta con algún dos seguintes síntomas:
 - Aspecto descoidado.
 - Cara triste.
 - Fala amodo e en baixo ton.
 - Chora durante a consulta.
 - Suspira durante a consulta.
 - Non para de mover as mans.
 - Fala pouco e con monosílabos.
 - Verbalización de ideas pesimistas ou hipocondríacas.
 - Queixas de mala calidade do sono.
 - Quéixase de sintomatoloxía somática múltiple e non específica.
- Ou con algún dos factores de risco seguintes:
 - Acontecemento vital estresante recente.
 - Antecedentes persoais e familiares de patoloxía afectiva.
 - Trastornos mentais (trazos neuróticos da personalidade, ansiedade crónicas, distimia, esquizofrenia, trastorno bipolar).
 - Intentos de suicidio.
 - Enfermidade crónica, dolorosa e/ou incapacitante.
 - Apoio sociofamiliar deficiente.
 - Abuso de substancias.
 - Fármacos relacionados con depresión.
 - Consumidoras habituais de psicofármacos.
 - Pacientes hiperfrecuentadoras.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Valorar a ansiedade e tratar en caso de que sexa molesta. Recoméndase a utilización a curto prazo das benzodicepinas (BZD), non máis alá de 4 semanas, e cando sexa crucial o control rápido dos síntomas ou mentres se espera á resposta do tratamento con antidepressivos ou terapia cognitivo-condutual (TCC).

- Valorar a gravidade da depresión. Valórase como grave se presenta:

- Abandono do coidado persoal.
- Incapacidade para tarefas habituais.
- Síntomas psicóticos.
- Enlentecemento psicomotor.

- Valorar o risco alto de suicidio. Síntomas de alarma:

- Intentos de suicidio no mes previo.
- Síntomas psicóticos.
- Ter ideas de suicidio e pensar en medios físicos con plan de suicidio elaborado.
- Pensar en suicidio dende hai polo menos uns días.

- Se existe risco alto de suicidio actuar seguindo o algoritmo do anexo 1.

- No caso de non valorarse depresión grave ou risco alto de suicidio dar cita programada en menos dunha semana, no caso de non poder aplicar o subproceso 16-02 nese momento.

- Solicitar a seguinte analítica para facilitar os diagnósticos diferenciais:

- Hemograma.
- Glicosa, ións.
- Función renal, hepática e tiroidea.

- Rexistrar na historia clínica.

- Informar a muller da pauta de actuación e o seguimento proposto.

- Xestionar unha próxima consulta programada á semana, se é o caso.

SUBPROCESO 16-02: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DEPRESIÓN MAIOR.

16-02

Obxectivo do subproceso:

Diagnosticar e realizar un tratamento básico dunha depresión maior.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller que foi identificada cunha posible depresión maior e tratada na súa ansiedade e non responde, e/ou muller que foi valorada como con posible depresión pero con sintomatoloxía de gravidade.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar a anamnese orientada ao diagnóstico de depresión:

- Historia da enfermidade actual. Tempo de evolución, curso da enfermidade.
- Preguntar por episodios similares.
- Elaboración de xenograma.
- Antecedentes persoais ou familiares de trastornos mentais graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, intentos de suicidio). Sempre preguntar por antecedentes persoais de síntomas maniformes, intentos e ideación de suicidio na paciente e a familia.
- Analizar posibles factores estresantes de xénero:
 - Aborto.
 - Embarazo.
 - Puerperio.
 - Nacemento de fillo diminuído.
 - Malos tratos. (Ver guía técnica de atención sanitaria á violencia de xénero).
 - Período perimenopáusico.
 - Ruptura de parella.
 - Abandono do fogar por parte dos fillos (niño baleiro).
 - Stress crónico (coidadora de enfermo ou persoa discapacitada, dobre xornada).
 - Dificultades para a conciliación familiar e laboral.
 - Precariedade laboral, acoso ou mobbing.
 - Baixo nivel socioeconómico e/ou dependencia económica.
 - Inmigrante.
- Descartar enfermidades que poden asociarse a trastornos de ánimo: Alzheimer, Párkinson, Adisson, Cushing, tumor cerebral, migraña, esclerose múltiple, hiper ou hipotiroidismo, anemias, linfomas, cirrose hepática, actividade cerebro vascular (ACV), enfermidade cardíaca, fibromialxia, artrite reumatoide, ca. páncreas, diabetes mellitus.
- Consumo de fármacos que poden afectar ao estado de ánimo: interferon, betabloqueantes, antagonistas do calcio, IECAS, hipolipemiantes, anticonceptivos orais, corticoides, opiáceos, anticolinéxicos, antipsicóticos de primeira xeración.
- Consumo de tóxicos: alcohol, cocaína, opiáceos, anfetaminas.

- Realizar exploración física xeral incluíndo exploración neurolóxica. Importante o aspecto e a actitude da paciente.

- Realización de avaliación do estado mental e ideación suicida. (ver anexo 1)

- Revisar resultados analíticos ou solicitar no caso de que non tivese actualizados:

- Hemograma.
- Glicosa, ións.
- Función renal, hepática e tiroidea.

- Realizar o diagnóstico de depresión segundo o CIE 10. Criterios que hai que valorar:

- A. Criterios xerais para episodio depresivo:
 - O episodio depresivo debe durar polo menos dúas semanas.
 - O episodio non é atribuíble a abuso de substancias psicoactivas ou a trastorno mental orgánico.
- B. Presenza de polo menos dous dos seguintes síntomas:
 - Humor depresivo dun carácter claramente anormal para a muller, presente durante a maior parte do día e case todos os días, que se modifica moi pouco polas circunstancias ambientais e que persiste durante polo menos dúas semanas.
 - Marcada perda dos intereses ou da capacidade de gozar de actividades que anteriormente eran pracenteiras.
 - Falta de vitalidade ou aumento da fatigabilidade.
- C. Ademais debe estar presente un ou máis síntomas da seguinte lista, para que a suma total sexa polo menos de catro:
 - Perda de confianza e estimación de si mesmo e sentimentos de inferioridade.
 - Reproches cara a si mesmo desproporcionados e sentimentos de culpa excesiva e inadecuada.
 - Pensamentos recorrentes de morte ou suicidio ou calquera conduta suicida.
 - Queixas ou diminución da capacidade de concentrarse e de pensar, acompañadas de falta de decisión e vacilacións.
 - Cambios de actividade psicomotriz, con axitación ou inhibición.
 - Alteracións do sono de calquera tipo.
 - Cambios do apetito (diminución ou aumento) coa correspondente modificación do peso.
- D. Pode haber ou non síndrome somática.

- Establecer o nivel de gravidade segundo o CIE 10:

- Episodio depresivo leve: están presentes dous ou tres síntomas do criterio B. A muller cun episodio leve probablemente está apta para continuar a maioría das súas actividades.
- Episodio depresivo moderado: están presentes polo menos dous síntomas do criterio B e síntomas do criterio C ata sumar un mínimo de 6 síntomas. A muller cun episodio moderado probablemente terá dificultades para continuar coas súas actividades ordinarias.
- Episodio depresivo grave: deben existir os 3 síntomas do criterio B e síntomas do criterio C cun mínimo de 8 síntomas. As mulleres con este tipo de depresión presentan síntomas marcados e angustiantes, principalmente a perda da propia estima e os sentimentos de culpa e inutilidade. Son frecuentes as ideas e accións suicidas e preséntanse síntomas somáticos importantes.

- Valorar a necesidade de tratamento complexo da depresión e en consecuencia a aplicación do Subproceso 16-07 pola USM. e o tipo de derivación de acordo cos seguintes criterios:

- Derivación urxente (no mesmo día):
 - Todo episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (de ruína, culpa ou hipocondriais).
 - Risco alto de suicidio.
- Derivación preferente (iniciar tratamento e derivación en 15 días):
 - Ante sospeita de bipolaridade (episodios maniformes previos. Non dar nunca antidepressivos).
 - Depresión moderada en embarazadas tras ter pactado con ela o modo de seguimento.
 - Outro risco de suicidio.
 - Depresión grave sen síntomas psicóticos.
- Derivación ordinaria (iniciar tratamento e facer o seguimento ata que se produza a súa derivación) para:
 - Outras patoloxías non psiquiátricas asociadas que dificulten o manexo.
 - Abuso de alcohol ou drogas. (Derivación a unidades específicas).
 - Outros diagnósticos psiquiátricos asociados.
 - Episodios previos prolongados (1 ano) ou graves con mala evolución.

- Valorar inicio de tratamento. (ver anexo 3)

- Depresión leve:
 - Elección informada.
 - Realizar intervencións non farmacolóxicas nin psicoterapéuticas:
 - Espera activa: indícanse medidas de hixiene, de sono e axenda diaria máis estruturada. Grao de recomendación C (NICE, 2004): para pacientes con depresión leve que non queren unha intervención terapéutica, ou naqueles nos que o médico estima que poden remitir espontaneamente, recoméndase unha nova valoración ás 2 semanas.
 - Exercicio regrado de intensidade moderada: 3 sesións semanais de 20-30 min. de exercicio supervisado por un/unha profesional, aeróbico e por espazo de 10 a 12 semanas. Valorar que o seu estado físico o tolere. Grao de recomendación C. (NICE, 2004; MSC, 2008).
 - Biblioterapia: no marco de autoaxuda guiada (“Sentirse bien” de Burns D. Paidos 1994). A autoaxuda guiada ou guided self-help é máis completa e utiliza estes materiais de autoaxuda conxuntamente cunha orientación mínima ofrecida por un/unha profesional para monitorizar o progreso, aclarar os procedementos, responder as preguntas xerais ou prestar apoio ou estímulo xeral. Grao de recomendación B.
 - O tratamento farmacolóxico ou psicoterapéutico inicial só se existen problemas psicolóxicos ou médicos asociados ou historia previa de depresión moderada ou grave (recomendación NICE, 2004).
 - Se a paciente presenta os seguintes factores de risco considerar tratamento farmacolóxico ou psicoterapia. Factores de risco:
 - Episodios previos graves ou moderados.
 - Necesidade de tratamento farmacolóxico/psicoterapia no pasado.
 - Comorbilidade psiquiátrica.
 - Idade avanzada.

- Episodios previos prolongados.
- Antecedentes de intentos de suicidio.
- En depresión moderada ou leve con indicación de tratamento, valorar aplicación de psicoterapia de grupo e/ou tratamento farmacolóxico.
 - Terapia de grupo tipo TCC. (ver anexo 4). Criterios para aplicar:
 - Con ou sen tratamento farmacolóxico.
 - Idade: 30 a 55 anos.
 - Para 15-20 persoas.
 - Grupos cerrados.
 - Forma de derivación ao grupo: por proposta de médico/a, o facultativo/a que leve o grupo realizará a valoración para indicar de forma definitiva a intervención ou non. A valoración do facultativo poderase realizar no centro de saúde ou na unidade de saúde mental, en todo caso o grupo desenvolverase no centro de saúde.
 - Tratamento farmacolóxico:
 - Informar dos efectos secundarios, decalaxe e síndrome de discontinuación (máis frecuente con paroxetina).
 - Iniciar o tratamento con:
 - ISRS posibles fármacos:
 - Fluoxetina: 20-40mg/día.
 - Citalopram: 20-40 mg/día.
 - Escitalopram: 10-20mg/día.
 - Sertralina: 50-150 mg/día.
 - Fluvoxamina: 100-200 mg/día.
 - Paroxetina: 20-40mg/día.
 - A paroxetina debe ser suspendida ás mulleres que planeen un embarazo ou xa estean embarazadas.
 - Estimar os tempos necesarios. Duración: Nun primeiro episodio depresivo o tratamento ten que manterse de 6 a 9 meses despois de lograr a remisión clínica total mantendo a dose á que se obtivo resposta. (Grao recomendación A).
 - Ter presente que os obxectivos do tratamento farmacolóxico son:
 - Na fase aguda: O tratamento está dirixido a conseguir a remisión dos síntomas. (6 a 12 semanas).
 - Na fase de continuación: dirixida a previr a recaída. (4 a 6 meses).
 - Na fase de mantemento: o tratamento está dirixido a previr a aparición dun novo episodio depresivo, é dicir evitar a recorrencia. (6 meses a anos).
 - Casos especiais:
 - Fármacos antidepressivos en embarazo: segundo a Guía Nice 2007, os antidepressivos tricíclicos como amitriptilina, imipramina e nortriptilina teñen menos riscos coñecidos durante o embarazo que outros antidepressivos. Ademais a fluoxetina é o ISRS con menor risco durante o embarazo
 - Fármacos antidepressivos na lactación: a imipramina, nortriptilina e sertralina aparecen en niveis baixos no leite materno. Non obstante, citalopram e fluoxetina están presentes en altos niveis. Recoméndanse os ISRS como fármacos de primeira elección no tratamento da depresión maior. (Grao de recomendación A). (ver anexo 2).
 - Depresión posparto. (ver anexo 2).

- Valorar a aplicación de psicoterapia individual:
 - Terapia de resolución de problemas: media de 6 sesións, as 4 primeiras de 30-45 minutos, frecuencia semanal; o resto 20-30 sesións quincenais ou mensuais, durante 10-12 semanas (Grao de recomendación B). Necesítase médico/a de AP con formación específica, ou psicólogo/a clínico/a ou psiquiatra.
 - Terapia interpersoal (TIP): media de seis sesións de 30 minutos. Semanal. A TIC. pode considerarse unha alternativa razoable. Grao de recomendación B. Psicólogo clínico. Psiquiatra.
 - Terapia TCC: semanal, 45 min., media de 15 sesións. O tratamento psicolóxico de elección para a depresión moderada, grave ou resistente é a terapia TCC. (Grao de recomendación B). Psicólogo/a clínico/a. Psiquiatra.

- Informar a usuaria:

- Do diagnóstico de forma clara e precisa.
- Informar do motivo de derivación se está indicada.
- Desculpabilizar a paciente, dar esperanza.
- Explicar que é unha enfermidade e a posible evolución do cadro.
- Encadrar todos os síntomas que refire como síntomas dunha enfermidade que ten tratamento e boa evolución (o cansazo non é preguiza, a tristeza e o choro non son debilidade, a falta de memoria e concentración non é demencia).
- O primeiro tratamento non sempre é eficaz, pero os sucesivos pasos garanten un éxito terapéutico na gran maioría dos casos.
- É un proceso reversible, vaise recuperar.
- Aconsellar demorar decisións importantes.
- Se vén acompañada, deixarlle claro a ese/a acompañante que está limitada nas súas tarefas habituais.
- En caso de tratamento farmacolóxico:
 - Efectos secundarios dos ISRS: náusea (o máis frecuente), diarrea, ansiedade (fluoxetina), parestesias, cefalea, diminución da libido (paroxetina), insomnio, perda de peso (fluoxetina e fluvoxamina), rash cutáneo (fluoxetina), suoración, somnolencia, vertixe.
 - O tempo de latencia. (Posible atraso do efecto terapéutico dos antidepressivos).
 - Efectos dunha interrupción ou redución brusca do tratamento.
 - Recomendar a abstinencia de bebidas alcohólicas durante o tratamento farmacolóxico.
 - Informar do tempo que en principio debería tomar o fármaco que prescribimos.

- Xestionar a derivación de forma preferente para aplicar o subproceso 16-07 se é necesaria.

- Xestionar unha consulta de seguimento ás 2 semanas do inicio do tratamento farmacolóxico.

SUBPROCESO 16-03: SEGUIMIENTO DO TRATAMENTO BÁSICO ÁS 2 SEMANAS DA DEPRESIÓN MAIOR

Obxectivo do subproceso:

Realizar o seguimento ás 2 semanas do tratamento inicial na depresión maior.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que foi tratada de depresión maior.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Valorar a resposta ao tratamento: considérase melloría ou éxito de tratamento a desaparición da maioría ou de todos os síntomas depresivos.
- Valorar e reforzar cumprimento.
- Valorar efectos secundarios:
 - En caso de que un fármaco ISRS non sexa ben tolerado debido á aparición de efectos adversos, pode cambiarse por outro fármaco do mesmo grupo.
- Aclarar dúbidas.
- Xestionar nova consulta ás 2 semanas de inicio do tratamento.

16-03

SUBPROCESO 16-04: SEGUIMIENTO DO TRATAMENTO BÁSICO VALORACIÓN DA RESPOSTA (ÁS 4 SEMANAS) NA DEPRESIÓN MAIOR

Obxectivo do subproceso:

Realizar o seguimento ás 4 semanas do tratamento inicial na depresión maior.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que foi tratada de depresión maior.

16-04

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Valorar resposta por melloría clínica apreciable.
- En caso de resposta ao tratamento xestionar nova avaliación en 8 semanas.
- En caso de falta de resposta (valorar a dose e o bo cumprimento):
 - No caso de falta de cumprimento nun primeiro, reforzar o consumo do fármaco dando máis información e motivación.
 - No caso de cumprimento do primeiro tratamento prescrito, valorar:
 - Revisar se a dose prescrita fora a adecuada. Axustar dose.
 - Aplicar un segundo tratamento: cambio de antidepressivo ou combinar con outro antidepressivo. É tan efectivo cambiar a outro (inhibidores selectivos da recaptación da serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos (ATC) ou dual como combinar con outro antidepressivo. Debería considerarse combinar caso de resposta parcial e cambio en caso de ausencia de resposta. Neste caso aplicaríase o subproceso 16-03. Revisión ás 2 semanas.
 - Asociar psicoterapia (terapia TCC ou TIP).
 - Considerar a necesidade dun tratamento complexo e derivar á USM no caso de estimarse unha mala resposta a un segundo tratamento.
 - No caso de dose adecuada e cumprimento do segundo tratamento prescrito aplicar o Subproceso 16-07 pola USM.
 - No caso de falta de cumprimento non corrixible aplicar o subproceso 16-07 pola USM.
- Valorar efectos secundarios.
- Aclarar dúbidas.
- Rexistrar na historia clínica.
- Xestionar nova consulta segundo valoración realizada.

SUBPROCESO 16-05: SEGUIMIENTO DO TRATAMENTO BÁSICO VALORACIÓN REMISIÓN COMPLETA (ÁS 8 SEMANAS TRATAMENTO FARMACOLÓXICO/ 8-12 TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL) NA DEPRESIÓN MAIOR.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o seguimento ás 8 semanas do tratamento inicial na depresión maior.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que foi tratada de depresión maior.

16-05

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Valorar remisión completa (desaparición da maioría dos síntomas):
 - No caso de falta de remisión, considerar necesidade de tratamento complexo e derivar á USM. Xestionar a derivación.
 - No caso de remisión completa xestionar cita para control aos 6 meses. O tratamento farmacolóxico debe manterse en todos os pacientes, polo menos durante 6 meses tras a remisión. (Grao de recomendación A.)
- No caso de consulta a demanda polo paciente durante o período de mantemento (ata os 6 meses):
 - Valorar a existencia de recaída. É a reaparición de síntomas do mesmo episodio depresivo, unha reagudización da sintomatoloxía que aparece durante a fase de remisión pero antes da recuperación (6 meses en remisión). Neste caso valorar cumprimento da prescrición e aplicación do subproceso 16-07 pola USM.
- Valorar efectos secundarios.
- Aclarar dúbidas e que acuda a consulta no caso de empeoramento ou aumento de efectos secundarios.
- Rexistrar na historia clínica.
- Xestionar nova consulta segundo valoración realizada.

SUBPROCESO 16-06: SEGUIMIENTO DO TRATAMENTO BÁSICO VALORACIÓN RECUPERACIÓN (AOS 6 MESES DO INICIO TRATAMENTO) NA DEPRESIÓN MAIOR

Obxectivo do subproceso:

Realizar o seguimento aos 6 meses de tratamento inicial na depresión maior.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que está en tratamento de depresión maior.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

16-06

- Valorar recuperación a través da evidencia dunha remisión mantida 6 meses:

- En caso de recuperación retirada gradual do tratamento con redución semanal dun 25% da dose durante 4-6 semanas e alta médica deste proceso. Unha supresión brusca dun ISRS está asociada ás veces a unha síndrome de retirada ou de discontinuación con síntomas de malestar xeral, vertixe, mareos, náuseas, tremores, alteracións do sono, parestesias, confusión,... Ceden coa readministración da medicación orixinal ou outra similar, que deberá irse retirando máis lentamente. (Grao de recomendación C).
- En caso contrario, revisar dose e cumprimento e considerar aplicar o subproceso 16-07 na USM.

- Valorar o tratamento de mantemento nos seguintes casos:

- En pacientes con algún episodio previo ou presenza de síntomas residuais, o tratamento debe manterse polo menos 12 meses tras a remisión. (Grao de recomendación B.)
- En pacientes con máis de 2 episodios previos, o tratamento debe manterse polo menos durante 24 meses tras a remisión. (Grao de recomendación B.)
- A dose do fármaco empregado durante a fase de mantemento debe ser similar a aquela coa que se conseguiu a remisión. (Grao de recomendación B.)

- Valorar efectos secundarios.

- Aclarar dúbidas e dar información precisa de como ir diminuindo a dose do antidepressivo e dos síntomas que se poden presentar.

- Rexistrar na historia clínica.

- Xestionar nova consulta segundo valoración realizada.

SUBPROCESO 16-07: TRATAMENTO COMPLEXO DA DEPRESIÓN MAIOR

Obxectivo do subproceso:

Realizar o tratamento complexo na depresión maior.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que foi diagnosticada de depresión maior e necesita un tratamento complexo.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar revisión historia clínica.

- Revisar se cumpre os criterios para necesitar un tratamento complexo na USM expostos nos subprocesos anteriores.

- Valorar aplicar tratamento básico e cubrir a folia de derivación estándar recibida coa seguinte información:

- Con plan terapéutico.
- Orientación diagnóstica.
- Tratamento e a súa duración.
- Dar criterios para necesidade de aplicar un novo tratamento complexo en saúde mental.

- Criterios para continuar atención en 2º nivel:

- Paciente con depresión que non mellora cun tratamento en doses e tempo adecuados.
- Pacientes con:
 - Dous episodios previos nos dous últimos anos.
 - Antecedentes de episodios graves:
 - Intentos de suicidio serios previos.
 - Síntomas psicóticos nalgún episodio.
- Depresións crónicas de máis dun ano de evolución.
- Comorbilidade psiquiátrica.
- Resposta parcial. Non remisión.

16-07

8.- SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA DO PROCESO ASISTENCIAL

O responsable do proceso na comunidade autónoma deberá presentar anualmente un informe cos seguintes indicadores e unha proposta de melloras:

- Indicadores de accesibilidade:
 - % de mulleres ás que nos seus centros aplican este proceso asistencial.
 - Tempo ata o centro de asistencia no que se aplica este proceso asistencial.
- Indicadores de calidade:
 - % de pacientes que reciben como primeiro tratamento antidepresivo un ISRS.
 - % de pacientes con tratamento antidepresivo (ideal sería con diagnóstico de depresión) que reciben un número mínimo de 5 consultas nos primeiros 6 meses (2, 4, 8 semanas, unha máis se todo vai ben e a dos 6 meses), é unha atención mínima que todos os pacientes deberían recibir.
 - % de pacientes diagnosticados de depresión moderada que reciben tratamento psicofarmacolóxico e/ou psicoterapia.
 - % de pacientes que non toman o antidepresivo polo menos 6 meses.
 - % de pacientes que unha vez iniciado tratamento antidepresivo reciben unha revisión ás dúas semanas.
 - % de derivacións correctas a USM (dentro de programa).
- Indicadores de produción / rendemento:
 - Número de contactos con psiquiatra consultor/a por depresión maior.
 - % de derivacións a USM de pacientes con tratamento antidepresivo (a ser posible sería mellor % de diagnosticados de depresión).
 - % de pacientes sobre o total dos diagnosticados de depresión maior que xeran consulta ao/á psiquiatra consultor/a.

Deseñaranse medicións do grao de satisfacción da atención prestada (calidade asistencial, información recibida, apoio emocional etc.).

9.- BIBLIOGRAFÍA

- Burns D. Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones. Barcelona. Paidós. 1998
- Keller MB. Remission versus response: the new gold standard of antidepressant care. J Clin Psychiatry. 2004; 65 Suppl 4:53-9
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T); MSC; 2008
- NICE. National Institute for Clinical Excellence. Antenatal and post natal mental health. The NICE guideline on clinical management and service guidance. NICE; 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG45>
- NICE. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline number 23; 2004; revisión decembro 2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG023>

10.- ANEXO 1: VALORACIÓN RISCO DE SUICIDIO

Obxectivos da entrevista:

- Establecer unha **comunicación** suficiente.
- Avaliar a **ideación**, plans ou **intentos de suicidio**.
- Determinar **factores de risco** de suicidio.
- Determinar **acontecementos vitais** que precederon ao comportamento suicida.
- Establecer o grao de **intencionalidade**.
- Valorar os **recursos** internos e externos.
- Facer unha **historia clínica** o máis **completa** posible.
- Realizar un **diagnóstico psiquiátrico**.
- Establecer un **plan de axuda e control** (que sexa aceptado polo paciente).

Actitude ante o intento ou expresión de intencionalidade:

- Non intentar convencer.
- Non criticar.
- Nunca consideralo manipulativo.
- Aceptar a ideación e o parasuicidio como intento de solución dun problema.
- Focalizar a entrevista no problema e buscar outras solucións.
- Pactar un prazo fronte á desesperanza.

Exploración da ideación suicida:

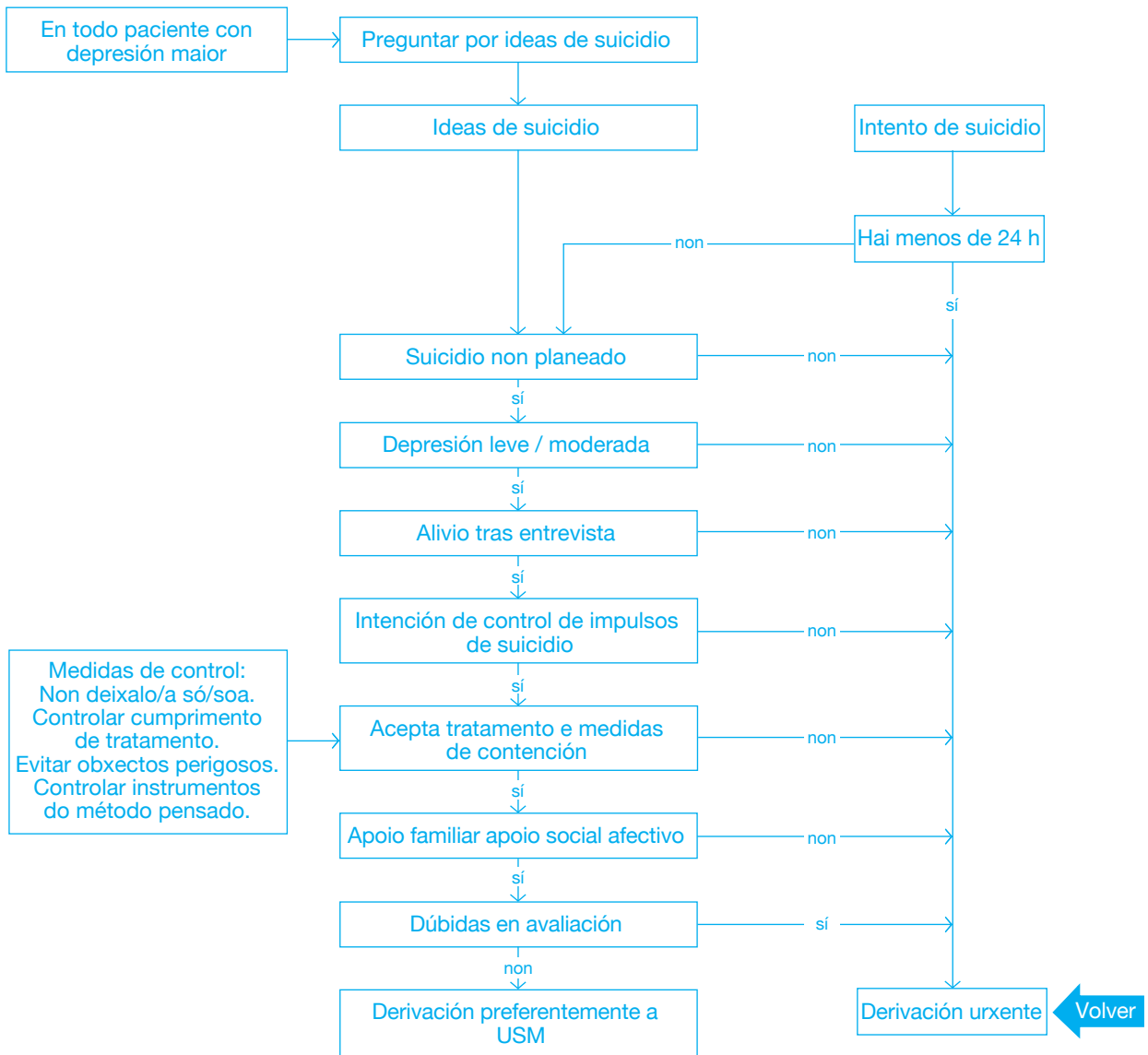
- Preguntar por **ideas** arredor da **morte**.
- Comprobar se as ideas sobre a morte son estrañas.
- O tipo de ideación suicida, é **activa ou pasiva**? Se é activa, preguntar sobre os **métodos** que pensou utilizar.
- Se non pensou en ningún método concreto, preguntar se pensa en levar a cabo o acto nunha **data próxima**, así como os **motivos** para facelo ou non facelo.
- Se a paciente pensou en **métodos concretos**, preguntarlle por detalles con respecto á utilización de cada un, as veces que pensou neles e posibles ensaios ou intentos con eles.
- A ideación suicida que a paciente presenta implica a outras persoas?
- É tamén de interese:
 - O grao de **illamento** do suxeito durante o acto e tras el.
 - Se tomou **medidas** para **non** ser **descuberto**.
 - Se intentou obter **axuda** ou non.
 - Se tomou **medidas** ou tivo en conta detalles que implicaban **ausentarse para sempre**.
 - Se houbo **comunicación** das súas intencións a **outros**.

- **Se depresión maior** preguntar sobre:
 - Ansiedade física.
 - Perda de pracer/interese.
 - Insomnio.
 - Concentración diminuída.
 - Indecisión.
 - Crise de pánico.
 - Características obsesivas compulsivas.
 - Número de episodios previos de depresión maior.
 - Historia de trastornos maníacos/hipomaniacos.
 - Factores de risco:
 - Antecedentes de intentos de suicidio previos.
 - Antecedentes de suicidio na familia.
 - T. límite personalidade.
 - Impulsividade.
 - Desesperanza.
 - Eventos vitais temperáns traumáticos.
 - Estrés vital.
 - Baixo apoio social-parella.
 - Abuso-dependencia de alcohol ou outras drogas.

Factores clínicos de risco de acto suicida nas depresións:

- Inicio da crise depresiva.
- Fases iniciais do tratamento.
- Presenza de ansiedade e axitación internas.
- Depresións repentinas en depresións con grande ansiedade.
- Calma repentina en depresións con grande ansiedade.
- Cambios de melancolía a manía.
- Insomnio.

ESQUEMA VALORACIÓN RISCO DE SUICIDIO



Tratamento:

- Xa no momento da valoración.
- **Ansiolíticos:** caso de ansiedade.
- **Antidepresivos:** Caso de síntomas depresivos, non necesario todos os criterios de depresión maior:
 - A dose suficiente.
 - Escalado rápido de dose.
 - A melloría inicial non supón unha redución do risco de suicidio.
- **Antipsicóticos:**
 - Síntomas psicóticos: tratamento con antipsicóticos a doses estándar.
 - Situacións de risco alto, como contención utilizar preferentemente antipsicóticos máis sedativos.

Derivación a unidade de saúde preferente:

- Expresión de ideas de suicidio:
 - Alivio tras entrevista.
 - Intención de control de impulsos suicidas.
 - Acepta tratamento e medidas de contención pactadas sen reparos (acompañamento en domicilio, supervisión de medicación, acudir a consultas acompañado).
 - Diagnóstico de patoloxía leve.
 - Apoio familiar.

Derivación urxente:

- Intento de suicidio grave.
- Calquera intento de suicidio na última semana (intentos de suicidio repetidos ou historia recente de comportamentos autolesivos graves).
- Expresión de ideas de suicidio: persistencia de intencionalidade ao final da entrevista.
- Non aceptación de medidas de contención.
- Cadro psiquiátrico severo.
- Sospeita de risco alto (risco de suicidio inminente).
- Mala relación coa paciente.
- Dúvidas do médico na clasificación do intento.
- Incremento da gravidade dos pensamentos suicidas.
- Circunstancias sociais de alto risco.

Características da derivación:

- Sempre acompañada.
- Urxente:
 - No día.
 - Non deixar a paciente soa.
 - Remítese a paciente a urxencias directamente.
 - Xestionar traslado a través do 061.
- Preferente:
 - Antes de 15 días.
 - Iniciar tratamento no momento da consulta.
 - Explicarlle á paciente a razón da derivación.
 - Desestigmatizar o tratamento farmacolóxico e a derivación a saúde mental.
 - Deixar clara a eficacia do tratamento farmacolóxico e as psicoterapias.
 - Deixar claro que a derivación non é un abandono, incluso programar unha cita para despois da de saúde mental.
 - Facilitar xa nese momento a cita con saúde mental.
 - Asegurarse de que a relación continúa.

Indicacións de ingreso:

- Trastorno psiquiátrico importante (psicose aguda, depresión maior).
- Intento de suicidio grave.
- Intentos de suicidio repetidos ou historia recente de comportamentos autolesivos graves.
- Risco de suicidio inminente.
- Plan suicida claramente letal.
- Expresión de decidida intención suicida.
- Incremento na gravidade dos pensamentos suicidas.
- Intoxicación (ata unha nova valoración tras a súa resolución).
- Fallo na resposta á intervención en crise.
- Necesidade dun breve afastamento dos seus problemas.
- Incapacidade do/a terapeuta para manexar a situación e a angustia que lle xera o caso.
- Circunstancias sociais de alto risco.
- Expectativas inmodificables de hospitalización.

10.- ANEXO 2: DEPRESIÓN POSPARTO

Factores de risco:

- Antecedentes de trastornos psiquiátricos durante o embarazo (humor deprimido e ansiedade durante o embarazo).
- Antecedentes psiquiátricos, especialmente de depresión. Inflúe gravidade e duración dos episodios depresivos previos.
- Grao de apoio social: especialmente o apoio emocional e o instrumental (axudas materiais) están estreitamente asociados a depresión se son baixos. Ademais inflúe a percepción de soidade ou illamento social durante o embarazo.
- Relación matrimonial deteriorada.
- Embarazo non desexado.
- Dificultades na concepción.
- Acontecementos vitais estresantes inmediatos a embarazo ou parto (morte de achegado, paro, enfermidade grave na familia...).
- Complicacións obstétricas.
- Disfunción tiroidea prenatal.
- Non hai evidencias concluíntes de que os cambios hormonais sexan un factor de risco para a depresión posparto.

Prevenición:

- O período prenatal e o puerperio temperán son teoricamente os momentos propicios para a prevención da depresión posparto debido ao frecuente contacto cos profesionais da saúde.
- É posible ofrecerlle estratexias de prevención á poboación enteira potencialmente en risco ou só a quen presente maior risco (por exemplo. mulleres con depresión posparto previa).
- Non se pode xustificar a prevención farmacolóxica para todas as mulleres de alto risco; as decisións en canto ao uso de fármacos profilácticos durante o embarazo deben considerar o seu efecto potencial sobre o feto.
- Ter presente que:
 - Non hai probas para recomendar as seguintes intervencións: cursos prenatais e posnatais, visitas domiciliarias por persoal competente desta materia, seguimento temperán posterior ao parto, continuación dos modelos de atención, interrogatorio psicolóxico intrahospitalario e psicoterapia interpersonal.
 - As intervencións individuais máis beneficiosas que as de grupo e se se inician en período posnatal.
 - As intervencións que teñen como obxectivo as nais “en risco” máis beneficiosas que as que inclúen a unha poboación materna xeral.
 - En xeral, non se demostrou a efectividade dos enfoques psicosociais ou psicolóxicos na redución do risco de depresión posparto.

A. Farmacolóxica.

A.1- Antidepressivos:

A profilaxe podería comezar despois do parto e é necesario considerar cuestións relacionadas coa lactación materna: os beneficios da lactación durante a toma de antidepressivos superan os riscos nas mulleres que necesitan tratamento para a depresión.

A.2- Profilaxe hormonal:

- Non hai razóns para o uso de proxestáxenos sintéticos na prevención da depresión. O enantato de noretisterona de acción prolongada asóciase cun meirande risco de depresión puerperal. Este e outros anticonceptivos de proxestáxeno de acción prolongada deben usarse con coidado durante o puerperio, especialmente nas mulleres con antecedentes de depresión.
- Non se avaliou a función do tratamento con estróxenos na prevención da depresión puerperal recorrente.
- O tratamento con proxesterona úsase amplamente para previr e tratar a depresión puerperal.

B. Intervencións psicosociais e psicolóxicas.

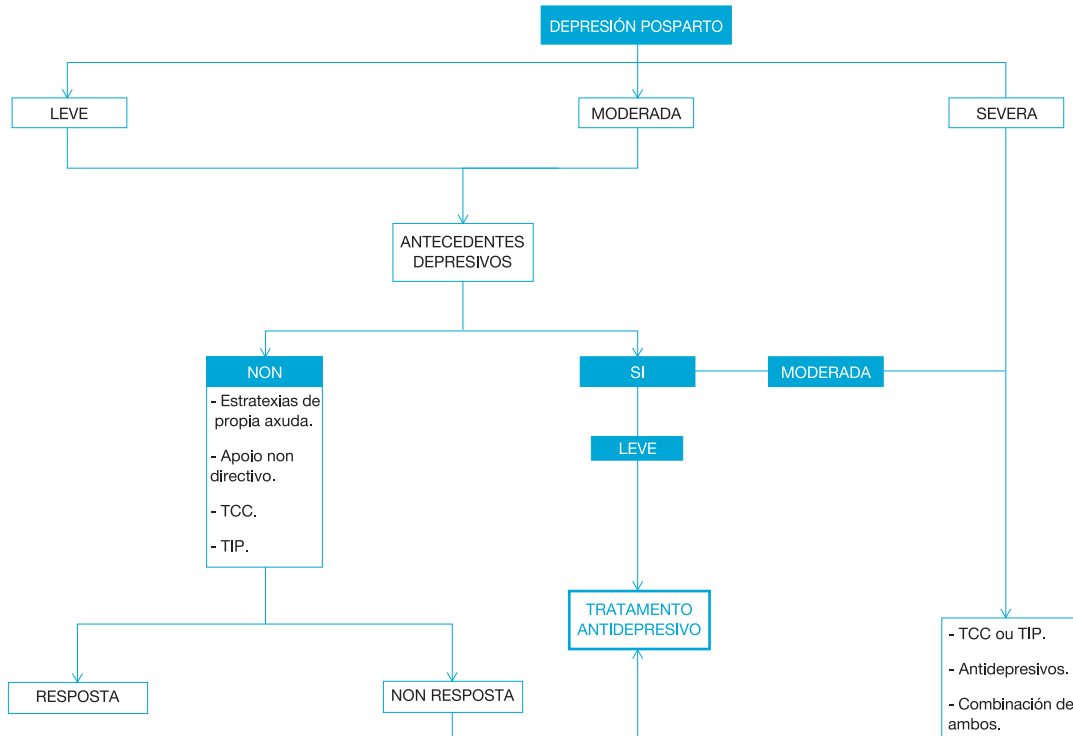
B.1- Intervencións psicosociais:

- Cursos prenatais e posnatais.
- Continuidade da atención e seguimento posparto inmediato.
- Visitas domiciliarias por persoal competente desta materia.

B.2- Intervencións psicolóxicas:

- Estratexias psicoeducativas.
- Terapia cognitivo-conductual.
- Psicoterapia interpersonal.
- Interrogación psicolóxica.

TRATAMENTO ESPECÍFICO



A. Intervencións psicosociais e psicolóxicas:

1. Apoio psicolóxico non directivo (escoitar sen dar opinións nin consellos) en 6-8 sesións.
2. Terapia cognitivo-conductual.
3. Terapia interpersonal.
4. Soporte social.
5. Terapia familiar.
6. Psicoterapia psicodinámica.
7. Terapia centrada na interacción nai-fillo.

“Ante unha muller con síntomas de depresión ou ansiedade que non cumpre criterios diagnósticos de depresión e na que os síntomas interfieren no funcionamento social ou persoal e que ademais tivo episodios depresivos no pasado, recoméndase un tratamento psicolóxico breve, de 4 a 6 sesións, tipo TIP ou TCC (psicoterapia interpersonal ou terapia cognitivo-conductual)”.

B. Tratamento farmacolóxico.

Principios xerais:

- Clara indicación en ausencia doutras alternativas eficaces.

- Mínima dose eficaz durante o mínimo período necesario.
- Valorar risco/beneficio da enfermidade e tratamento para a nai e o fillo/feto.

B.1- Terapia hormonal:

- Non hai evidencias claras da efectividade do tratamento con proxesterona no tratamento da depresión posparto.
- Non hai razóns para o uso de proxestáxenos sintéticos na depresión; o enantato de noretisterona de acción prolongada asóciase cun meirande risco de depresión puerperal.
- O tratamento con estróxenos é máis efectivo que placebo en depresión moderada ou severa pero o seu uso está limitado polos efectos secundarios particularmente trombose venosa profunda, hiperplasia do endometrio e inhibición da lactación.

B.2- Antidepresivos:

- Na elección do antidepresivo hai que ter en conta as seguintes indicacións:
 - A maioría dos ATC teñen un índice máis alto de toxicidade cós ISRS.
 - Imipramina, nortriptilina e sertralina encóntranse en baixas concentracións no leite materno.
 - Citalopram e fluoxetina encóntranse en altas concentracións en leite materno.
 - Venlafaxina asóciase con maior risco de hipertensión arterial a altas doses, maior toxicidade en sobredose que os ISRS e algúns ATC e maior dificultade na súa retirada.

Recomendacións clínicas para o uso doutros psicofármacos durante o puerperio:

1. Antipsicóticos:

- As mulleres a tratamento con antipsicóticos que están planeando quedarse embarazadas teñen que considerar que o aumento de prolactina que ocorre con algúns antipsicóticos (amisulpiride, risperidona e sulpiride) reduce as posibilidades de concepción.
- Se está tomando clozapina deberíase cambiar por outro, polo risco de agranulocitose no feto e as altas concentracións atopadas no leite materno durante a lactación.

2. Valproico:

- Non debe ser administrado en mulleres que queren estar ou están embarazadas; en menores de 18 anos aumenta o risco de ovario poliquístico e embarazo non desexado.

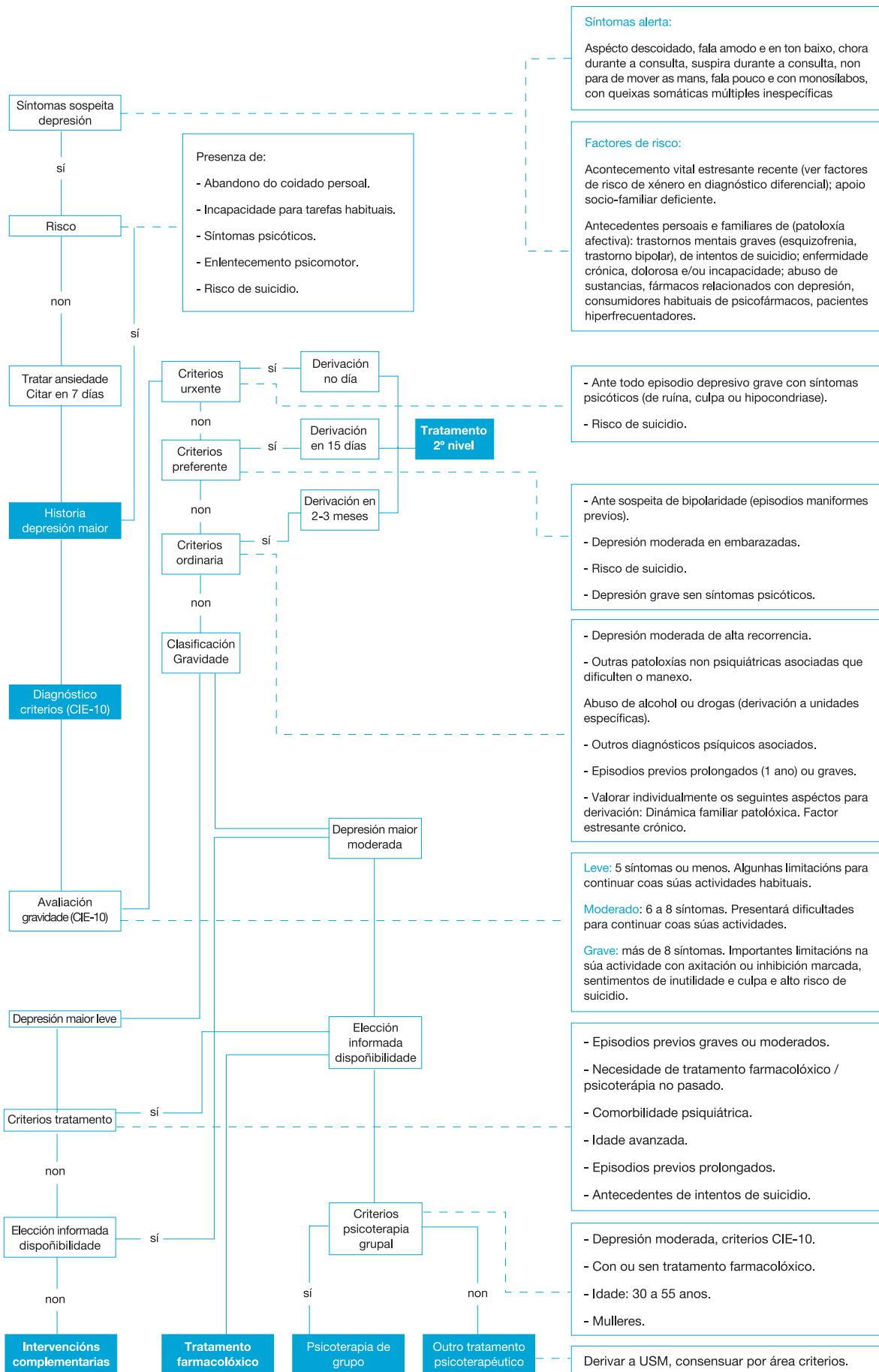
3. Litio:

- O litio non debe ser administrado durante a lactación polas altas concentracións en leite materno.

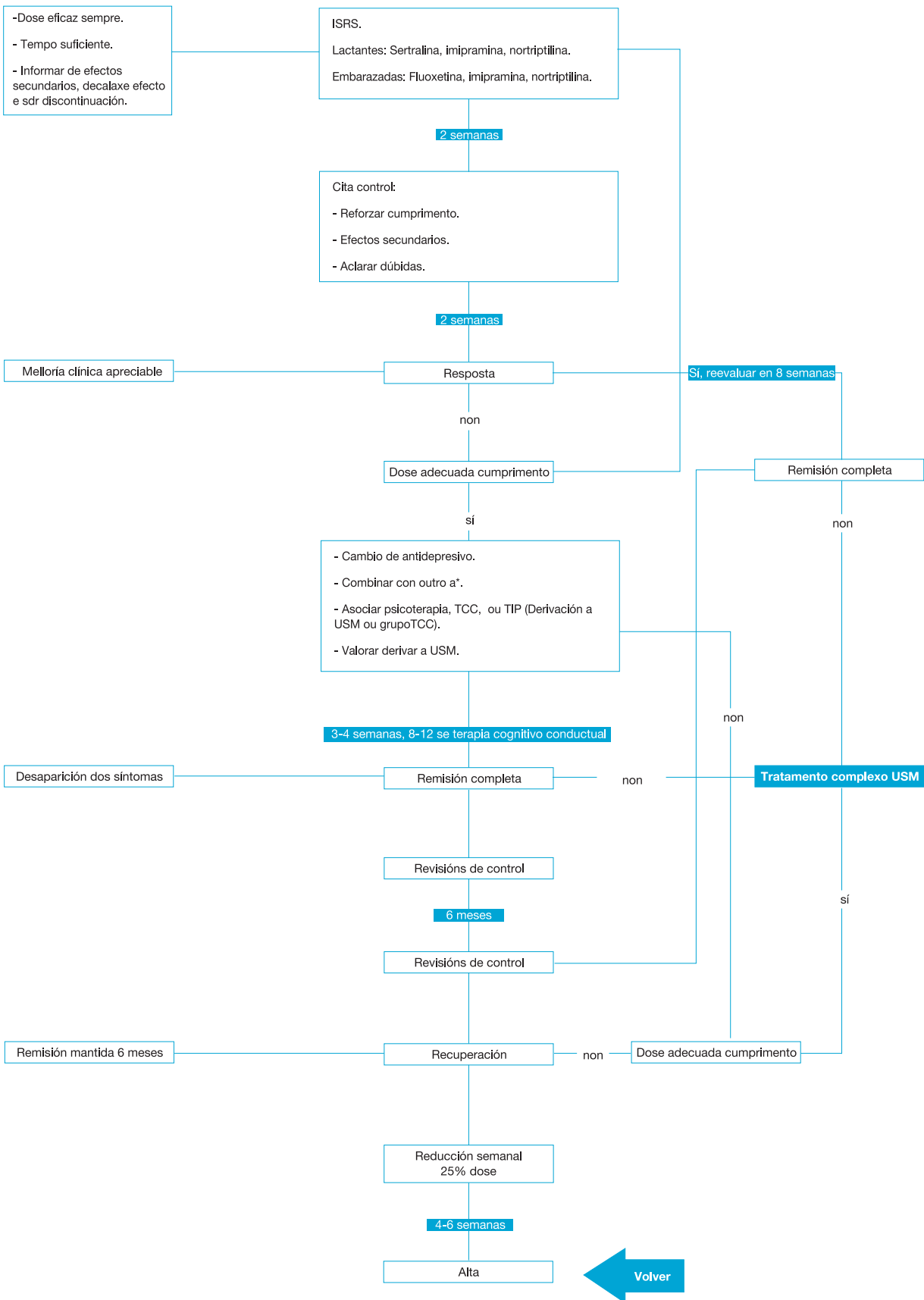
4. Carbamazepina e lamotrigina:

- Lamotrigina non se administrará durante a lactación por risco de Síndrome de Steven Johnson.

10.- ANEXO 3: ESQUEMA TRATAMIENTO



TRATAMIENTO BÁSICO FARMACOLÓXICO DA DEPRESIÓN MAIOR



* Maior evidencia con mirtazapina ou mianserina.

TCC.: Terapia cognitivo-conductual.

TIP: Terapia interpersonal.

10.- ANEXO 4: TERAPIA DE GRUPO – DEPRESIÓN

Sistemática de avaliación:

- Selección da mostra.
- Pretratamento:
 - Inventario da depresión de Beck.
 - Euro-QOL-5.
- Durante o tratamento:
 - Autoavaliación semanal de estado de ánimo.
 - Inventario da depresión de Beck (metade tratamento).
- Postratamento:
 - Inventario da depresión de Beck (ao rematar) e euro-qol 5.
- Seguimento:
 - Inventario da depresión de Beck (3 e 6 meses) e euro-qol 5.

Características do grupo:

- Modelo “Cognitivo-conductual”.
- Marco terapéutico “Centro de Saúde de Atención Primaria”.
- Centrado no aquí e agora.
- Tipo de grupo, en canto á inclusión de membros, cerrado.
- Homoxéneo: mulleres con depresión moderada.
- Numero de participantes: 15.
- Número de sesións: 15.
- Duración das sesións: 90 minutos.
- Frecuencia das sesións: semanal.
- Dirección: un/unha terapeuta (psicólogo/a clínico/a) e un/unha co-terapeuta (mínimo diplomado/a de enfermería).

Obxectivos:

- Diminución/eliminación dos síntomas depresivos.
- Incrementar a rede de apoio social e o tempo que se dedica a actividades prazenteiras.
- Aprender a solucionar mellor e máis eficazmente problemas.
- Aprender a previr recaídas.
- Diminuír a dependencia farmacolóxica e sanitaria.

Estructura das sesións:

- Síntese da sesión anterior.
- Revisión e discusión das tarefas para a casa, coméntanse as dificultades que tivesen e as consecuencias dos cambios. Valorar a xeneralización. Emitir feedback e reforzo positivo

polos logros. Invitar o resto dos membros do grupo a que emita opinións, se pensan ou lles ocorre o mesmo.

- Preséntanse obxectivos e contidos novos.
- Ensínanse estratexias e técnicas de conduta para conseguir o obxectivo. Realízanse ensaios.
- Breve resumo da sesión e conclusións.
- Tarefas para a casa.

Contido das sesións:

1ª sesión:

- Presentación dos/as terapeutas.
- Presentación de cada paciente.
- Normas do grupo.
- Información sobre o propósito do grupo.
- Modelo conceptual da terapia cognitivo-conductual.
- Práctica para a casa.

2ª sesión:

- Breve repaso da sesión anterior.
- Qué é a depresión.
- Relación entre pensamento, emoción e conduta.
- Definición de pensamento, emoción e conduta.
- Aprender a identificar os pensamentos automáticos negativos e a súa relación coas emocións.
- Adestramento en auto-observación e autorregistro.
- Tarefas para a casa.

3ª sesión:

- Revisar tarefas para a casa.
- Identificar cómo os pensamentos inflúen no noso estado de ánimo.
- Definición de pensamentos automáticos irracionais e racionais.
- Identificación de distorsións máis comúns das persoas deprimidas.
- Tarefas para a casa.

4ª sesión:

- Revisar tarefas para a casa.
- Adestramento en estratexias para reducir a tristeza: identificación de pensamentos negativos, substitución por outros máis positivos e realistas (rexistros A-B-C).
- Parada de pensamento.
- Tarefas para a casa.

5ª sesión:

- Revisar tarefas para a casa.
- Adestramento en diminuír-refutar pensamentos irracionais.
- Adestramento en refutación de distorsións cognitivas.
- Tarefas para a casa.

6ª sesión:

- Depresión e nivel de actividade.
- Relación entre actividade e estado de ánimo (círculo vicioso).
- Identificación de obstáculos para realizar actividades.
- Identificación de actividades pracenteiras.
- Tarefas para a casa.

7ª sesión:

- Revisión de tarefas para a casa.
- Elaboración en grupo de lista de actividades agradables dentro do contorno en que viven.
- Elaboración dun plan semanal para aumentar o nivel de actividades pracenteiras realistas.
- Tarefas para a casa.

8ª sesión:

- Revisión de tarefas para a casa.
- Estado de ánimo e relacións interpersoais.
- Sistema de apoio (familiares, amigos, coñecidos).
- Cambios nas relacións interpersoais percibidos dende que está deprimido.
- Principais dificultades para relacionarse.
- Tarefas para a casa.

9ª sesión:

- Revisión de tarefas para a casa.
- Estilos de comunicación e efecto en estado de ánimo.
- Asertividade :definición.
- Adestramento en condutas asertivas.
- Tarefas para a casa.

10ª sesión:

- Revisión de tarefas para a casa.
- Habilidades sociais: definición.
- Exercicios en grupo de cómo dar sinais de escoita adecuada (non verbais), identificar pensamentos, expectativas, comportamentos e sentimentos en relación aos outros.
- Tarefas para a casa.

11ª sesión:

- Revisión de tarefas para a casa.
- Resolución de problemas e relación entre emocións e interpretación de conflitos, toma de decisións e condutas.
- Aprendizaxe de resolución de problemas (TRP): obxectivos e fases.
- Tarefas para a casa.

12ª sesión:

- Revisión de tarefas para a casa.
- Aprendizaxe de habilidades para o manexo dos síntomas depresivos e adquisición de condutas de adaptación.
- Tarefas para a casa.

13ª sesión:

- Revisión de tarefas para a casa.
- Relación entre depresión e saúde.
- Depresión e autocoidados.
- Depresión e sono.
- Tarefas para a casa.

14ª sesión:

- Revisión de tarefas para a casa.
- Traballar medos arredor da finalización da terapia.
- Importancia de continuar aplicando o aprendido.
- Tarefas para a casa.

15ª sesión:

- Información dos cambios observados ao longo do proceso terapéutico.
- Lectura de informes subxectivos valorando a experiencia.
- Pertinencia da alta.
- Despedida.

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

Servizo Galego
de Saúde

Dirección de
Asistencia Sanitaria
Guías, procesos,
protocolos



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE