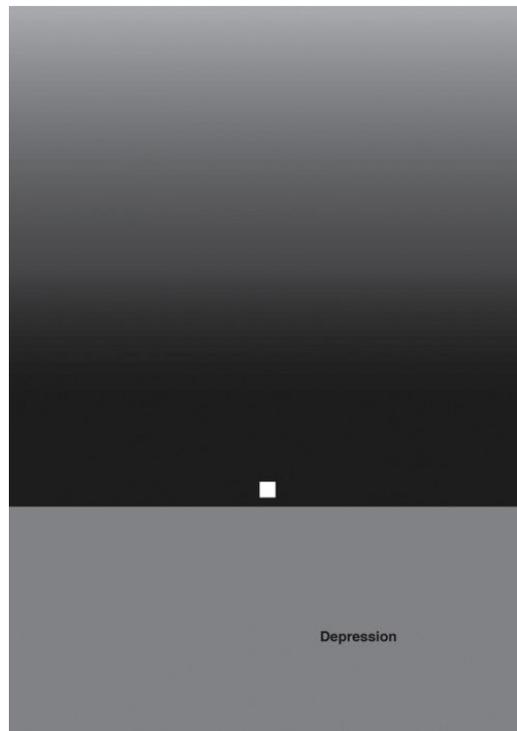


PROCESO DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Centro Salud Mental de Villaverde



Patrick Smith

Grupo Multidisciplinar de Trabajo:
Proceso de Atención a los Trastornos Depresivos
en el Centro de Salud Mental de Villaverde

Coordinador "Cuadernos de Salud Mental del 12":
Dr. L. Santiago Vega González (santiago.vega@salud.madrid.org)

Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre
Madrid (España)

Web oficial: <http://www.madrid.org/hospital12deoctubre/psiquiatria>

Portada: *Depression*. Patrick Smith

Publicación sin fines comerciales: material de uso exclusivamente docente.

Advertencia: La medicina y la psicología clínica son áreas en constante evolución. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplíen nuestro conocimiento se requieren modificaciones en las indicaciones terapéuticas, en especial en lo que atañe a los tratamientos farmacológicos. Aunque los autores han revisado la última evidencia científica al respecto de los tratamientos que aquí se mencionan se recomienda al lector profano consultar con un especialista médico en lo referente a los tratamientos farmacológicos y al lector profesional de la medicina o psicología revisar las últimas guías clínicas y prospectos oficiales en relación con los tratamientos y, en especial, los fármacos aquí comentados. Esta recomendación cobra especial importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso infrecuente.

Septiembre 2021

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Centro Salud Mental de Villaverde

Autores

Grupo Multidisciplinar de Trabajo para la elaboración del documento sobre el
Proceso de Atención a los Trastornos Depresivos
en el Centro de Salud Mental de Villaverde:

L. Santiago Vega González (médico psiquiatra),
Jesús Fernández Rozas (psicólogo clínico),
Carolina Rojas Rocha (psicóloga clínica),
Jeniffer González García (enfermera de Salud Mental),
Cristina Rivas Santiago (psicóloga clínica),
Mercedes Martín del Moral (médico psiquiatra)

y

Juan de Dios Molina Martín (médico psiquiatra, jefe CSM Villaverde)

ÍNDICE

Introducción	5
1. Proceso de Depresión del Centro de Salud Mental de Villaverde	6
2. Evaluación y Manejo Inicial	15
2.1 Manejo Inicial	17
2.2 Entrevista	17
2.3 Escalas	19
3. Entrevista de devolución y Plan terapéutico	20
4. Abordajes de Baja Intensidad / Grupo Psicoeducativo	22
4.1 Grupo de Psicoeducación para pacientes depresivos leves-moderados	26
5. Psicoterapia para pacientes con diagnóstico de Depresión del Centro de Salud Mental de Villaverde	31
5.1 Terapia Grupal para paciente con Depresión Leve – Moderada desde la Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión (BDI). (Nivel I Depresión Leve-Moderada)	34
5.2 Terapia Grupal para paciente con Depresión Moderada – Grave desde la Terapia Interpersonal (IPT). (Nivel I Depresión Moderada - Grave)	40
5.3 Psicoterapia Grupal para Trastornos Depresivos Persistentes desde Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo Conductual (CBASP). (Nivel II Depresión Persistente)	50
5.4 Psicoterapia Individual para trastornos depresivos	63
6. Tratamiento Psicofarmacológico Antidepresivo	65
7. Bibliografía	81
8. Anexos	83

INTRODUCCIÓN

En el Centro de Salud Mental de Villaverde se ha asumido como objetivo para el período 2021-2022 el diseño del proceso de Atención a los Trastornos Depresivos (en adelante, "proceso de Depresión"), en base a la evidencia científica acumulada acerca de la efectividad y coste de los programas multidisciplinares en los sistemas de salud pública y, en parte, en base a la estrategia de nuestra organización orientada a la gestión clínica por procesos.

De acuerdo a las recomendaciones de las Guías Clínicas y los recursos profesionales disponibles en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid), dentro del proceso de Depresión nuestro equipo ha diseñado una secuencia escalonada de intervención con abordajes terapéuticos en distintos niveles, tomando en cuenta las características y gravedad del caso. En el presente documento se desarrolla la descripción de este proceso, exponiendo las diferentes acciones a llevar a cabo ante un nuevo caso detectado de depresión y las intervenciones terapéuticas ofertadas en el CSM de Villaverde. El objetivo final es la asistencia orientada al paciente, ordenando la provisión de los servicios más adecuados disponibles y facilitando el trabajo, reduciendo la variabilidad y mejorando la sostenibilidad de la misma.

Madrid, septiembre de 2021

Dr. Juan de Dios Molina Martín

Jefe del CSM Villaverde

AGC Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

1. PROCESO DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE VILLAVERDE

La depresión es una enfermedad mental que implica para aquellos que la padecen un amplio abanico de limitaciones y sufrimiento. Se caracteriza principalmente por la presencia de ánimo deprimido y pérdida de la capacidad de disfrute al menos durante 2 semanas, y afecta de forma significativa a la capacidad funcional del individuo con cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones vegetativas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Se considera actualmente que es la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, habiendo subido un puesto desde los años noventa (Vos, y otros, 2015). Esto se hace patente en los servicios públicos que deben afrontar la creciente demanda por parte de estos pacientes, volviéndose cada vez más necesario implementar programas efectivos y eficientes que hagan frente a la alta demanda de tratamiento que existe aplicando protocolos basados en la evidencia ajustados a las realidades de los servicios públicos y los pacientes que acuden a estos.

En Villaverde, para un mejor abordaje de esta demanda se ha diseñado el "Proceso de Depresión". En general, un proceso asistencial es un "conjunto de decisiones, actuaciones y actividades que tiene por finalidad incrementar el nivel de atención asistencial, el grado de satisfacción de los pacientes y la implicación de los profesionales afectados" (Carrillo, Blanca, Argudo, & Ruiz, 2012). El proceso de asistencia a la depresión dentro del Centro de Salud Mental de Villaverde busca definir estas decisiones y actuaciones para lograr homogenizar y organizar la atención a los pacientes con depresión, con el fin de optimizar su asistencia.

La asistencia por procesos es además útil en el abordaje de la depresión dada las características de la presentación clínica de esta. Actualmente se propone que la evolución de la depresión puede desarrollarse en un continuo, desde un primer episodio leve hasta una depresión persistente grave, por lo que los abordajes terapéuticos deben ser específicos para cada caso según la gravedad y el momento de la depresión. Además, se debe tener en cuenta que un 50 por ciento de las personas

que se recuperan de un primer episodio tendrán uno o más episodios a lo largo de sus vidas, aumentando el riesgo de recurrencia con cada episodio adicional (Lemmens et al., 2018). Por lo que los abordajes terapéuticos deben buscar también la prevención de recaídas a tiempo.

Dentro de las guías de tratamiento para la depresión se expone la importancia de que los tratamientos terapéuticos sean llevados a cabo por profesionales competentes, en base a los manuales avalados por la evidencia científica, siguiendo una estrategia escalonada o en pasos, definiendo diferentes intensidades de intervención según la gravedad del caso (National Institute for Health and Care Excellence NICE, 2009).

Se ha asumido como objetivo del Centro de Salud Mental de Villaverde el desarrollo para el período 2021-2022 del proceso de Depresión, basándonos en la evidencia científica acumulada acerca de la efectividad y coste de los programas de colaboración con Atención Primaria en Depresión y, por otra parte, en la estrategia de nuestra organización orientada a la gestión clínica por procesos. Para ello se ha organizado un grupo de trabajo que implica a todos los estamentos profesionales del Centro de Salud Mental y que ha cumplido las siguientes exigencias metodológicas para la elaboración del mismo: el proceso se ha definido de manera coherente con la estrategia de la organización y, por tanto, se ha contado con el respaldo del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre (AGCPSM en adelante). Se ha designado un líder o coordinador para dirigir su diseño, desarrollo e implementación. El diseño y el desarrollo interno se ha realizado por los profesionales de los distintos servicios integrantes. Las recomendaciones clínicas que se han formulado tienen un sólido apoyo en la evidencia científica. Una vez consensuadas las actividades que componen el proceso y que se presentan en este documento se ha incorporado un sistema de evaluación que incluye la medida de los resultados clínicos. Cada actividad clínica que se presenta ha requerido un diseño *ad hoc* dependiendo de las características específicas de nuestro centro, donde va a ser implantado. Existe un Sistema de Información que puede dar soporte al proceso clínico completo.

El mapa del proceso de Depresión desarrollado en el Centro de Salud Mental de Villaverde, propone la asistencia a los pacientes en base a intervenciones en niveles, teniendo en cuenta la gravedad y necesidades de los pacientes, sus características y evolución de la enfermedad (ver Tabla1 y Flujograma en **Mapas Proceso Depresión** a continuación (reproducidos asimismo en el Anexo 1).

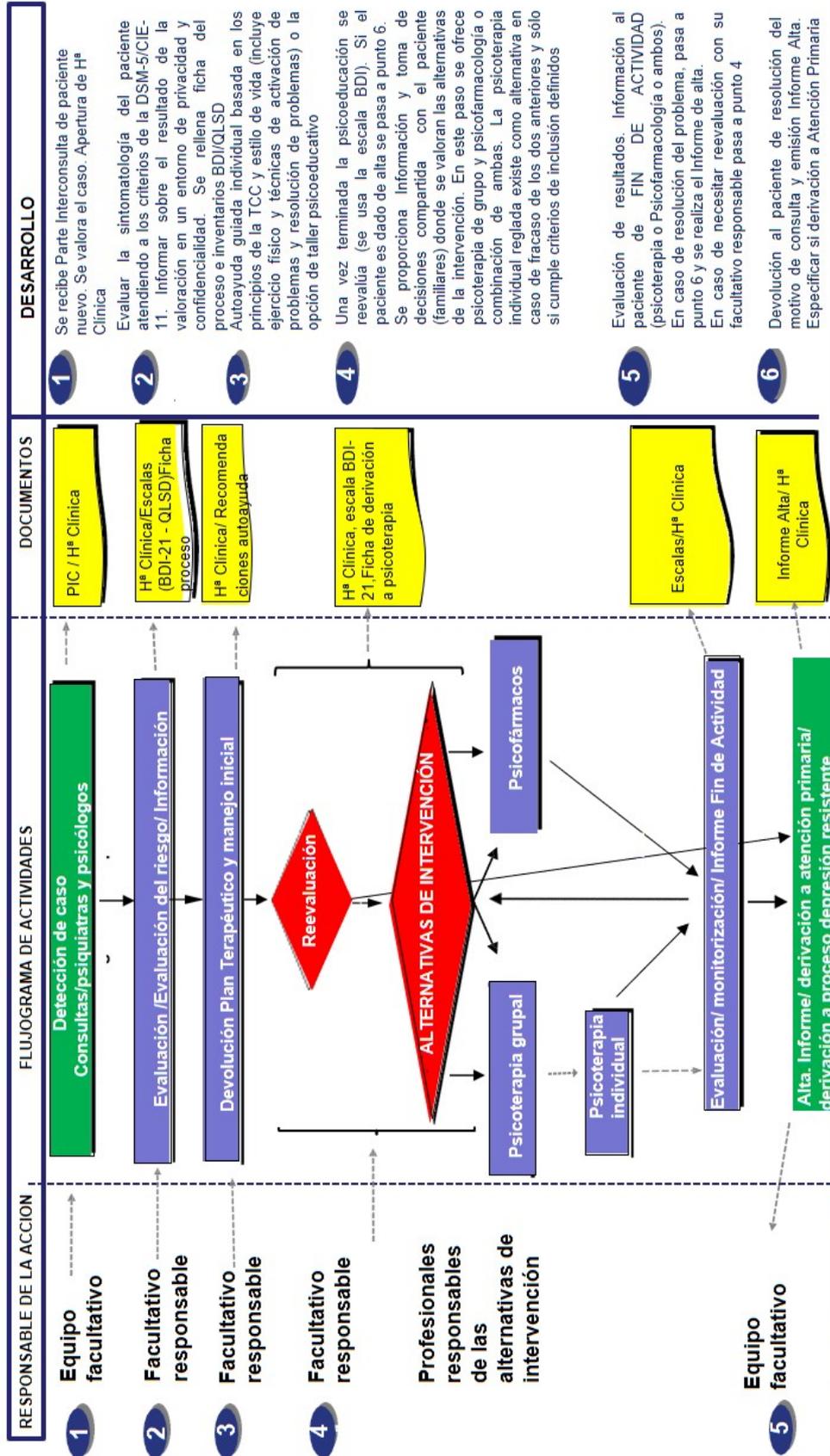
Tabla 1. Actividades del Proceso Depresión Villaverde

Pasos	Recursos
Detección – Evaluación-Manejo Inicial	Facultativo responsable del caso (psicólogo o psiquiatra)
Intervención Baja Intensidad: Psicoeducativas/Psicosociales básicas	<ul style="list-style-type: none"> - Profesional responsable realiza monitorización activa - Grupo Psicoeducativo Enfermería de Salud Mental - Grupo de Relajación
Reevaluación y toma de decisión compartida con el paciente	Facultativo responsable del caso (psicólogo o psiquiatra)
Intervención Nivel I	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia grupal Nivel I <ul style="list-style-type: none"> o TCB Pacientes Leves – Moderados (Unidad Psicoterapia) o IPT Moderados – graves - Abordaje farmacológico agudo
Reevaluación y toma de decisión compartida con el paciente	Facultativo responsable del caso (psicólogo o psiquiatra)
Intervenciones Nivel II	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia Grupal Nivel II - Terapia Farmacológica de Mantenimiento
Reevaluación y toma de decisión compartida con el paciente	Facultativo responsable del caso (psicólogo o psiquiatra)

Mapas Proceso Depresión CSM Villaverde

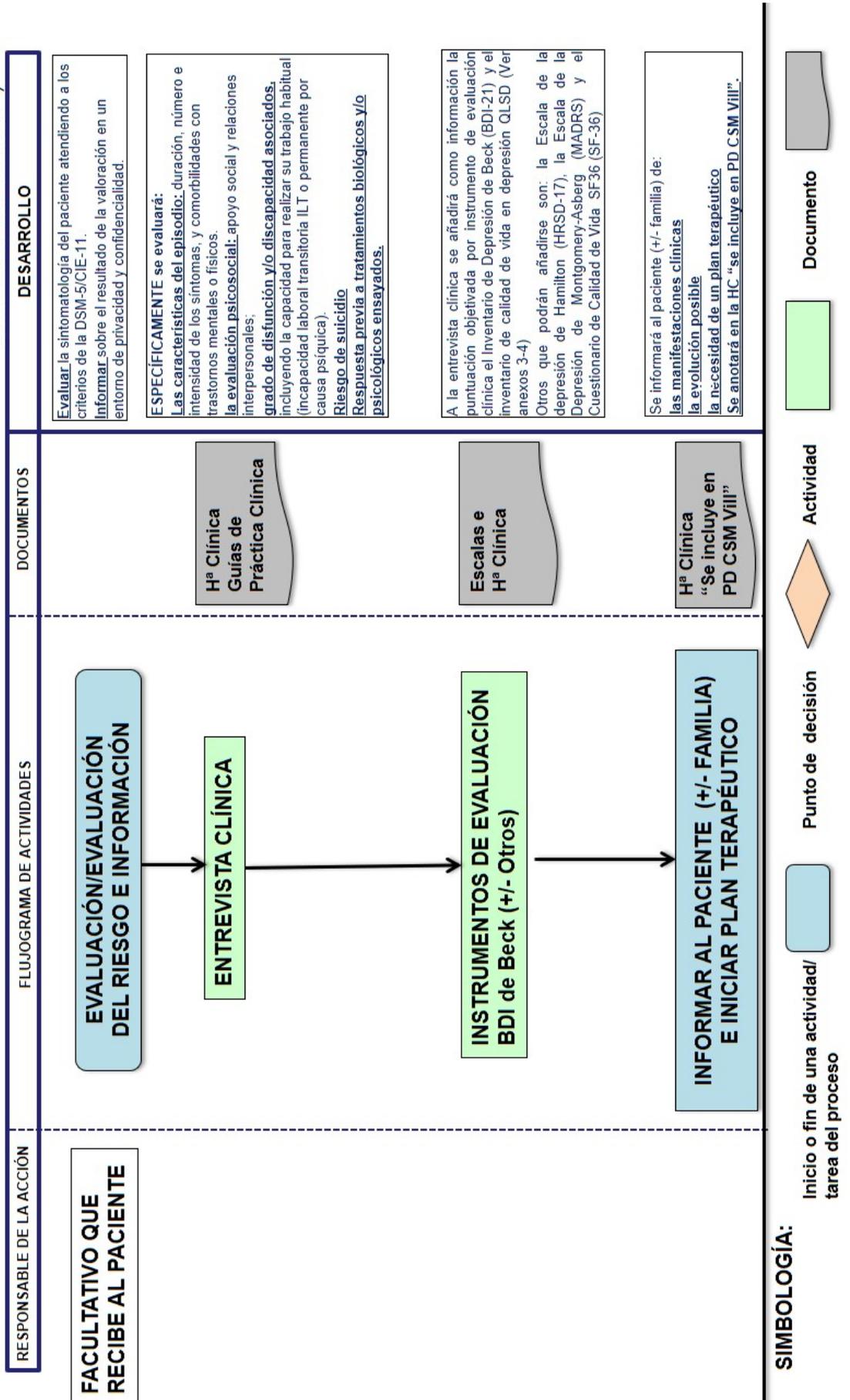
MAPA: NIVEL 0

PROCESO DE DEPRESIÓN CSM VILLAVERDE
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE



SIMBOLOGIA:

- Punto de decisión
- Inicio o fin de un proceso
- Actividad
- Documento

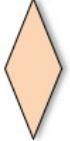


SIMBOLOGÍA:

Inicio o fin de una actividad/
tarea del proceso



Punto de decisión

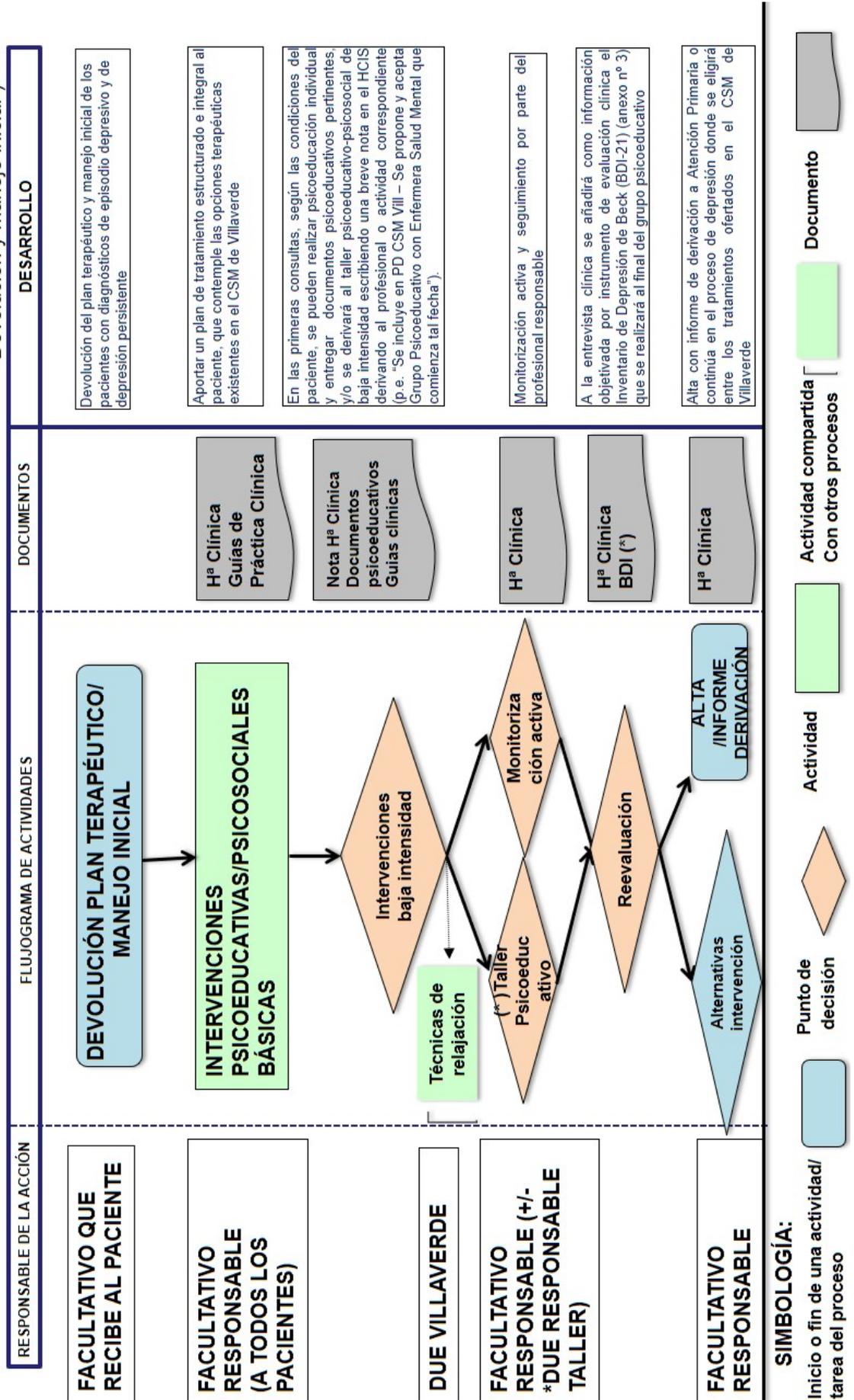


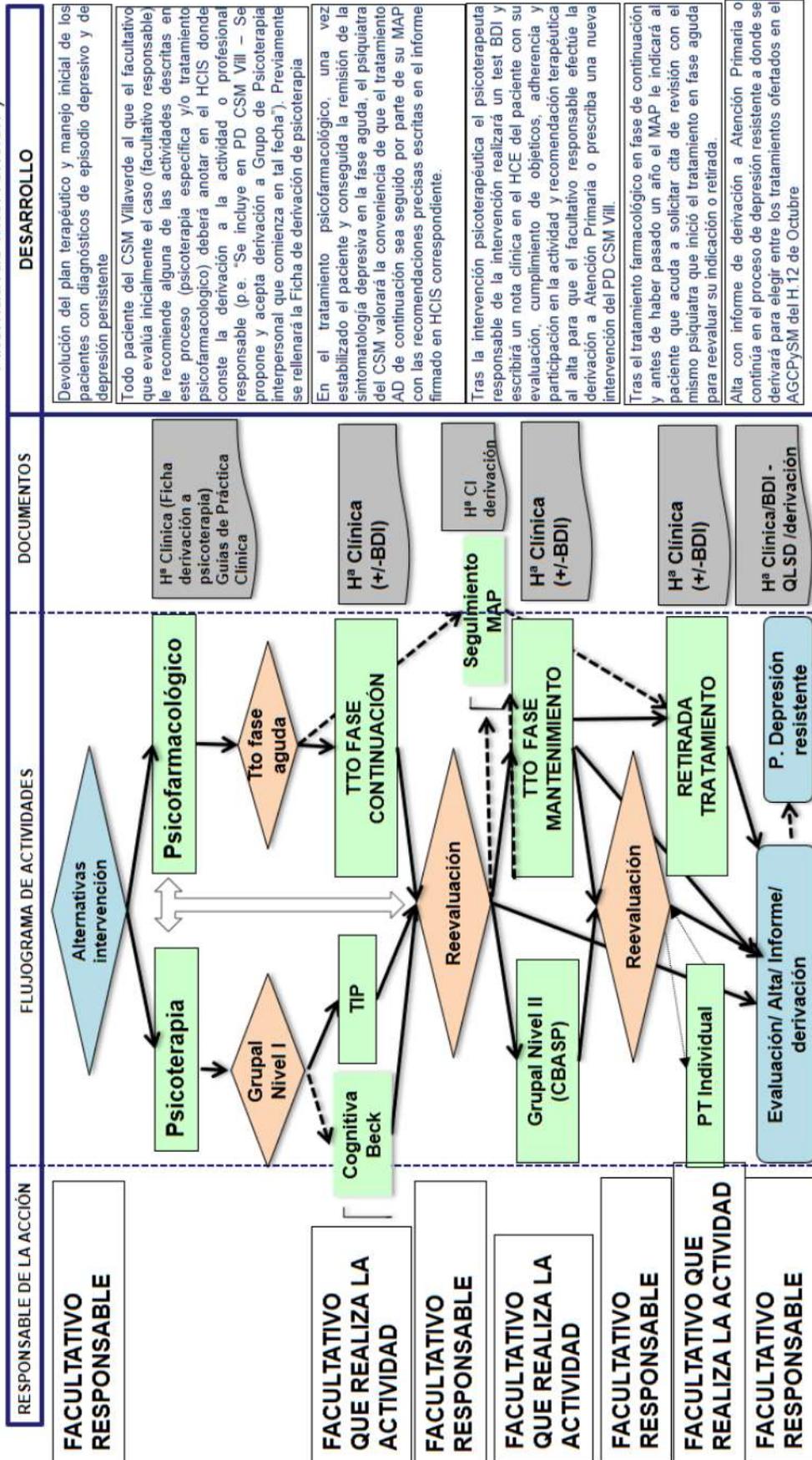
Actividad



Documento







SIMBOLOGÍA:

Inicio o fin de una actividad/ tarea del proceso

Punto de decisión

Actividad

Actividad compartida
Con otros procesos

Documento

Objetivos generales del proceso de Depresión

- Utilizar la gestión por procesos como herramienta de gestión clínica para integrar de manera ordenada todas las intervenciones diagnósticas y terapéuticas y poder cubrir las necesidades de los pacientes diagnosticados de depresión con un determinado perfil.
- Identificar los componentes esenciales de la atención clínica, de manera que estos pueden ser evaluados y medidos de manera independiente y conjunta.

Objetivos específicos del proceso de Depresión

- Estandarizar el proceso de detección, evaluación y diagnóstico de los casos de depresión del CSM de Villaverde.
- Crear un mapa sobre el itinerario que deben recorrer los pacientes según su problemática en concordancia a los recursos ofrecidos en el dispositivo.
- Estandarizar los abordajes de baja intensidad
- Estandarizar el abordaje farmacológico cuyo objetivo es la minimización de los síntomas del episodio agudo, la recuperación de la capacidad funcional, la mejora de la calidad de vida, la prevención de recaídas y recurrencias y la disminución de la mortalidad por suicidio.
- Estandarizar los abordajes psicoterapéuticos cuyo objeto es el abordaje de la sintomatología depresiva y buscar cambios conductuales, y que los pacientes establezcan modos de relación interpersonales adecuados, basado en el aumento de habilidades de comunicación y la potenciación de habilidades de regulación emocional.

Evaluación

La evaluación de resultados clínicos necesita del registro periódico de medidas objetivas de salud. Nuestro grupo propone la utilización de al menos dos escalas sencillas de valoración como complemento al diagnóstico y la evaluación en diferentes momentos del proceso que se pueda llevar a cabo con cada paciente. En concreto, proponemos estas dos escalas:

- Evaluación de la sintomatología depresiva a través de la **Escala de Depresión de Beck. Inventario de Depresión de Beck (BDI)** (Beck, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Evalúa sintomatología depresiva y manifestaciones conductuales de la depresión en adolescentes y adultos. Contiene un factor cognitivo-afectivo y un factor somático. La puntuación total se obtiene sumando las obtenidas en cada ítem. Permite clasificar la intensidad de la depresión en: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y alta (>30). (Ver Anexo 3). Se aplicará al inicio del proceso, tras finalizar cada intervención y al finalizar el proceso.
- Evaluación de la Calidad de Vida a través de la **Escala de Calidad de Vida en Depresión QLDS**. Evalúa cómo la enfermedad y su tratamiento influyen en la calidad de vida de los pacientes con depresión. Es una escala autoaplicada de respuesta dicotómica. Proporciona una puntuación global de 0 a 34. No existe punto de corte. A mayor puntuación peor calidad de vida. Creada por Hunt y McKenna, adaptada por Cervera y Colaboradores. (Cervera, Ramínez, Giralá, & McKenna, 1999) (Ver Anexo 4). Se aplicará al iniciar y al finalizar el proceso.

2. EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL

El primer paso en el proceso de Depresión es la detección y evaluación del caso por parte del profesional responsable (psicólogo clínico o psiquiatra, ver Anexo 1 "mapas del proceso") con el objeto de determinar, en conjunto con el paciente, el abordaje terapéutico que más se ajuste al caso, teniendo en cuenta los niveles de intervención ofertados en el proceso. En la evaluación se debe realizar una historia clínica detallada y valorar los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados, abarcando aspectos que den cuenta sobre cómo el trastorno afecta a la funcionalidad del paciente y su entorno.

Para el diagnóstico, se debe tomar como referencias los criterios diagnósticos vigentes para garantizar un diagnóstico más fiable (**DSM 5 – CIE 11**. Ver Anexo 5. En nuestra historia clínica está operativo aún la CIE-9). Sin embargo, en un proceso de evaluación no basta con la comprobación de la presencia de los síntomas citados en los manuales, se requiere de un criterio clínico para evaluar "la gravedad relativa, la validez de cada criterio individual, así como su contribución al diagnóstico" (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Durante todo el proceso de evaluación, se debe procurar construir una relación colaborativa y de confianza que lleve a una definición de un plan terapéutico acorde a las necesidades del paciente, para que finalmente se decida la o las intervenciones de forma compartida con este.

En el presente apartado describiremos el procedimiento de evaluación y plan terapéutico dentro del proceso de Depresión del CSM de Villaverde.

Objetivos generales de la Evaluación y Plan de Tratamiento

- Evaluar la sintomatología del paciente atendiendo a los criterios de la DSM-5/CIE-11.
- Informar sobre el resultado de la valoración en un entorno de privacidad y confidencialidad.
- Proponer y pactar un plan de intervención al paciente acorde a los resultados de la evaluación, las necesidades del paciente y los recursos disponibles

Objetivos específicos

Según el resultado de la evaluación se procederá a lo indicado en el plan terapéutico para cada caso:

- Evidencia síntomas depresivos subumbrales
- Diagnóstico episodio depresivo leve
- Diagnóstico episodio depresivo moderado no psicótico
- Diagnóstico episodio depresivo moderado psicótico
- Diagnóstico episodio depresivo grave
- Diagnóstico depresión persistente (trastorno depresivo mayor crónico / distimia)
- Diagnóstico depresión resistente

Metodología

Para la evaluación de caso se seguirán los criterios diagnósticos vigentes, se evaluará el caso a través de la entrevista clínica, y se complementará la información con la aplicación de escalas.

Procedimiento

El paciente derivado desde Atención Primaria o Especializada aportará un **Parte de Interconsulta** (PIC), en papel (aunque la tendencia general en el área del H.U. 12 de Octubre es a que el PIC esté disponible electrónicamente, consultable a través de HORUS si proviene del MAP o directamente en el HCIS si es de otro especialista). Se pondrá en marcha el proceso de evaluación tras el cual se informará al paciente y se decidirá, de forma compartida con este, qué tipo de intervención se realizará dependiendo de la gravedad del caso y los recursos disponibles descritos en el proceso.

El profesional de referencia (psicólogo clínico o médico psiquiatra) deberá anotar en la HCE la detección de el caso y su inclusión en el proceso de Depresión (p.e. "Se incluye en PD CSM Villaverde"), además de especificar el tipo de intervención a la que se deriva si esto procede.

2.1 Manejo inicial

En las primeras tomas de contacto con el paciente, el profesional de referencia pone en marcha el manejo inicial del caso a través de la escucha activa y una actitud de apoyo hacia la persona que consulta, transmitiendo su intención de entender su proceso particular y trabajar en conjunto. Se debe facilitar la expresión verbal, promoviendo la exposición de las emociones y circunstancias del paciente para abordar en conjunto sus problemas y preocupaciones presentes. Además, se debe de dar información sobre las características de la depresión, su proceso y posible evolución (National Institute for Health and Care Excellence NICE, 2009). Se puede apoyar este proceso con guías de autoayuda contrastadas, como, por ejemplo, las ofrecidas por el Servicio Andaluz de Salud ¹.

2.2 Entrevista clínica de evaluación

En el proceso de Depresión, la entrevista clínica es el procedimiento esencial para el diagnóstico y evaluación del caso.

Atendiendo a la confidencialidad y privacidad, deberá realizarse en un ambiente confortable y tranquilo, sin presencia de terceros. Los familiares u otros acompañantes podrán incorporarse a la evaluación, si se entiende oportuno y siempre previo consentimiento del paciente, para aportar información complementaria.

Se debe favorecer la comunicación de los sentimientos y emociones en un ambiente empático y basado en el respeto, siendo sensibles a la diversidad religiosa, cultural o étnica.

Se valorarán los datos sintomatológicos, temporales y funcionales y - atendiendo a los mismos - se realizará el diagnóstico según los criterios DSM-5/CIE-11.

¹ Por ejemplo: [Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad | Servicio Andaluz de Salud \(juntadeandalucia.es\)](http://www.juntadeandalucia.es)

Valorando la complejidad y diversidad de cada caso y a la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, durante la entrevista se deben explorar las siguientes áreas:

- **Características del episodio:** duración, número e intensidad de los síntomas, y comorbilidades con trastornos mentales o físicos
- **Evaluación psicosocial:** apoyo social y relaciones interpersonales
- **Grado de disfunción y/o discapacidad asociados,** incluyendo la capacidad para realizar su trabajo habitual (incapacidad laboral transitoria ILT o permanente por causa psíquica)
- Evaluar los **recursos del paciente** para manejar sus dificultades, síntomas.
- **Riesgo de suicidio.** Debe explorarse de forma activa, valorando los siguientes factores:
 - o Presencia de intentos de suicidios previos, otros trastornos mentales comórbidos y abuso de sustancias
 - o Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida.
 - o Otros factores de riesgo como enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.
- **Respuesta previa** a tratamientos biológicos y/o psicológicos ensayados.
- La **percepción que el paciente tiene** sobre sus síntomas y el trastorno.
- El significado y el impacto de la depresión en la **familia del paciente** y las posibles necesidades que puedan surgir, prestando especial atención a los niños, adolescentes y familiares dependientes a cargo del paciente con depresión.
- Aspectos que más afectan en el día a día de los pacientes con depresión y generan mayor impacto funcional, es decir su **repercusión psicosocial** (ámbitos familiares, laborales, de ocio, de estudios, etc...).
- **Aspectos sociodemográficos y culturales** que pueden afectar al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como el sexo, la familia, la red social o el estigma percibido.

- **Características específicas** del caso:
 - Complicaciones por existencia de un proceso de duelo (pérdida familiar, ruptura sentimental, despido laboral...)
 - Complicaciones por existencia de conflicto de pareja, familiar, laboral...
 - Complicaciones por presencia de enfermedad crónica, patología dolorosa.
 - Complicaciones por aislamiento social, carencia de apoyo familiar

2.3 Escalas de evaluación

Los cuestionarios de evaluación de la depresión pueden ser ayudar a completar el diagnóstico como instrumentos para valorar la gravedad y para realizar un seguimiento clínico del paciente (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014). En el proceso de Depresión, a la entrevista clínica se añadirá como información objetivada los resultados obtenidos a través de las siguientes escalas:

- **Escala de Depresión de Beck. Inventario de Depresión de Beck (BDI)** (Beck, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Evalúa sintomatología depresiva y manifestaciones conductuales de la depresión en adolescentes y adultos. Contiene un factor cognitivo-afectivo y un factor somático. La puntuación total se obtiene sumando las obtenidas en cada ítem. Permite clasificar la intensidad de la depresión en: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y alta (>30).
- **Escala de Calidad de Vida en Depresión (QLDS)**. Evalúa cómo la enfermedad y su tratamiento influyen en la calidad de vida de los pacientes con depresión. Es una escala autoaplicada de respuesta dicotómica. Proporciona una puntuación global de 0 a 34. No existe punto de corte. A mayor puntuación peor calidad de vida. Creada por Hunt y McKenna, adaptada por Cervera y Colaboradores. (Cervera, Raminez, Giralá, & McKenna, 1999)

3. ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN Y PLAN TERAPÉUTICO

La devolución del resultado de la evaluación se debe realizar en una atmósfera de respeto y de trabajo en conjunto. Se informará sobre el resultado de la valoración, manifestando una actitud facilitadora para responder a las demandas y expectativas del paciente y, en su caso, sobre la necesidad de la intervención de otros profesionales. La información al paciente (y a su familia) deberá incluir contenidos básicos sobre las manifestaciones clínicas, la evolución posible y la necesidad de un plan terapéutico

En caso de incapacidad, la información se transmitirá de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar a los representantes legales. Cuando el paciente, según el criterio del profesional que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Plan terapéutico: La elección del plan terapéutico debe ser una decisión compartida con el paciente, lo que implica que este debe haber sido informado de forma clara sobre su diagnóstico y haber evaluado junto al clínico las opciones de tratamientos, haciendo un balance coste/beneficio de estas, tomando en cuenta los valores y preferencias del paciente y los conocimientos y recomendaciones del profesional. (Makoul & Clayman, 2006)

Los niveles de intervención propuestos en el proceso de Depresión del CSM de Villaverde atienden a las recomendaciones de la guías que indican diseñar intervenciones que permitan el abordaje de los casos de forma escalonada según la gravedad de la patología depresiva (NICE, 2018). En la tabla 2 presentamos un resumen de los abordajes recomendados y de los recursos propuestos en nuestro CSM para el diseño del plan terapéutico.

Tabla 2. Intervenciones ofertadas en el proceso de depresión según gravedad del caso

Niveles de gravedad	Intervenciones del Proceso de Depresión
Sospecha de depresión, síntomas depresivos subumbral	<p>Profesional responsable realiza monitorización activa, apoyo, psicoeducación.</p> <p>Manejo inicial - monitorización activa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar los problemas presentes del paciente y preocupaciones que pueda tener este al respecto - Dar información respecto a la posible evolución de la depresión
Depresión diagnosticada leve/ persistencia de síntomas subumbral	<p>1.-El profesional de referencia: intervenciones psicológicas de baja intensidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proponer guías de autoayuda • Psicoeducación • Monitorización de actividad física • Higiene del sueño <p>El uso de antidepresivos no se recomienda de forma rutinaria en pacientes con síntomas subumbral o síntomas leves de depresión ya que el ratio riesgo-beneficio es pobre. Si se debería considerar en los casos con antecedentes de depresión moderada/severa, o en casos donde se inicio la sintomatología subumbral hace más de 2 años, o que persisten tras intervenciones.</p> <p>2.-Grupo Psicoeducativo Enfermería de Salud Mental</p> <p>3.-Grupo de Relajación de Enfermería de Salud Mental</p>
Depresión leve o moderada que no ha respondido a las intervenciones iniciales - síntomas subumbrales persistentes - Pacientes Moderado a graves	<p>Psicoterapia grupal Nivel I</p> <p>a) Pacientes Leves Moderados: Se debe evaluar la posibilidad de comenzar una intervención psicoterapéutica de alta intensidad. (En el proceso disponemos de la Terapia Cognitivo Conductual Unidad Psicoterapia) y/o un abordaje farmacológico</p> <p>b)Pacientes Moderados – graves:</p> <p>Se recomienda tratamiento combinado de medicación antidepresiva y psicoterapia de alta intensidad.</p> <p>En el proceso disponemos del Grupo de Psicoterapia Interpersonal (IPT) que se realiza en el CSM de Villaverde</p>
Depresión persistente	<p>Psicoterapia Grupal Nivel II:</p> <p>Psicoterapia Grupal para Trastornos Depresivos Persistentes desde Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo Conductual (CBASP)</p> <p>Terapia farmacológica de Mantenimiento</p>
Depresiones graves con elevado riesgo autolítico o elevada auto-negligencia	<p>Abordaje multidisciplinar. Se evaluará la necesidad de ingreso en Unidad de Hospitalización Breve del servicio.</p>

4. ABORDAJES DE BAJA INTENSIDAD. GRUPO PSICOEDUCATIVO

Tras la detección del caso, en especial en casos de pacientes que presenten síntomas subumbral o con gravedad leve a moderada, el profesional de referencia debe poner en marcha intervenciones de baja intensidad y realizar un proceso psicoeducativo para una mejor comprensión y manejo de la enfermedad por parte del paciente. El profesional de referencia, si lo estima conveniente, puede apoyar su intervención con la derivación al grupo psicoeducativo llevado por enfermeras de Salud Mental (ver anexo 1 mapas del proceso). También en este nivel se puede utilizar como recurso el taller de Relajación de Enfermería.

Intervenciones psicosociales de baja intensidad

Son todas aquellas intervenciones en el área de hábitos saludables, que incluyen la alimentación, la actividad física y/o el autocuidado personal que se realizan con el paciente, y en su caso con su familia y que ayudan al manejo de la sintomatología depresiva y al restablecimiento de su funcionalidad global. (Servicio Andaluz de Salud, 2013)

Hábitos de vida saludables: Se deben aportar recomendaciones para contribuir la mejoría de la sintomatología depresiva (National Institute for Health and Care Excellence NICE, 2009).

- A. Alimentación Saludable:** La comida puede tener un impacto sobre el estado de ánimo. La depresión a menudo se asocia con alteraciones en el apetito, generalmente pérdida del mismo, aunque también provocar un aumento del apetito y los consiguientes cambios importantes en el peso de los pacientes en un relativo corto espacio de tiempo y que pueden afectar la salud general de la persona con depresión. Comer bien es importante tanto para su salud física como para su salud mental. **Comer comidas pequeñas (no copiosas) bien equilibradas y nutritivas** a lo largo del día (p.e. dieta mediterránea).

B. Actividad Física: Realizar actividad física de forma regular es una de las recomendaciones que no falta en ninguna de las guías internacionales, ya que las revisiones acerca del uso de la terapia con ejercicio físico en la depresión han concluido que, si se hace regularmente, reducen significativamente a medio y largo plazo los síntomas depresivos (SEMERGEN: Área de Salud Mental, 2006).

C. Autocuidado personal: Reforzar las habilidades y actitudes del paciente y motivar el cambios saludables en el estilo de vida.

Tratar de mantener actividades sociales, salir diariamente a la calle, no aislarse, compartir sentimientos y emociones, cuidar la higiene personal. "La luz solar es antidepresiva".

D. Alcohol y otras drogas: Las sustancias con potencial adictivo empeoran el pronóstico de la depresión y puede interferir negativamente en la medicación (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2006).

Psicoeducación

Es toda aquella información que se da al paciente - y en su caso a su familia - que facilita la comprensión del cuadro patológico que sufre él o su familiar. Ayuda a los pacientes a aprender sobre su trastorno, responsabilizarse de su tratamiento y adquirir un papel activo en su proceso terapéutico.

Las intervenciones psicoeducativas son ofrecidas a individuos con enfermedades psicológicas o físicas. Esta herramienta persigue la adaptación del paciente a su enfermedad, incorpora sencillas intervenciones y tareas adaptadas a la etapa de su proceso para ayudarle en la recuperación y a evitar las recaídas (Zubias, 2007). Existe evidencia científica que respalda la efectividad de la psicoeducación en el tratamiento y prevención de trastornos mentales, siendo una de las intervenciones más realizadas (Colom, Vieta, & Martinez, 2003).

Se puede afirmar que se trata de una herramienta que ayuda a las personas que sufren esta enfermedad a aprender sobre la misma, responsabilizarse de su tratamiento y a adquirir un papel activo en el proceso terapéutico.

También resulta esencial para sus familiares, ya que les ayuda a entender cómo afecta la depresión a ese ser querido y les habilita para tratar al familiar enfermo de la forma más óptima posible.

Además, las intervenciones psicoeducativas son en general poco costosas y fáciles de implementar por los profesionales sanitarios ³ (Baul, Teresa, Kraemer, REntrop, & Ptschel-Waltz, 2006).

"Psicoeducación es simplemente un elemento clave de una buena práctica profesional y cubre un derecho fundamental de nuestros pacientes: el derecho a ser informados sobre su enfermedad" (Aragonés, Lopez-Cortacans, Badia, & Piñol, 2011)

"El término psicoeducación comprende las intervenciones que son adecuadas para informar a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y su tratamiento, facilitando la comprensión y el manejo responsable de la enfermedad" (Colom & Lam, Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder, 2005)

Objetivos Generales de la psicoeducación

- Mejorar la sintomatología depresiva y la funcionalidad del paciente.
- Potenciar la autonomía en el paciente como responsable del cuidado de su enfermedad.

Objetivos Específicos de la psicoeducación

- Proporcionar conocimientos, habilidades y herramientas necesarias para manejar los síntomas de su enfermedad.

- Reforzar los recursos y habilidades propias del paciente para hacer frente a su enfermedad y así evitar una recaída.
- Contribuir a mejorar su propia salud y bienestar, con un enfoque a largo plazo.
- Ayudar a los familiares y allegados, elaborando información específicamente dirigida a ellos, que contribuya a la toma de decisiones informada y a la mejora de la comunicación entre los pacientes y los familiares.

Dentro de las intervenciones del **proceso psicoeducativo** debemos incluir:

➤ **Conceptos sobre la depresión:**

- Qué es la depresión y cuáles son sus síntomas
- Trabajar falsas creencias sobre dicho trastorno y el suicidio (Mitos vs Realidades)
- Los factores de riesgo asociados a la depresión
- Curso y evolución de la enfermedad
- Recaídas

➤ **Tratamiento:**

- Información para un buen uso de los fármacos antidepresivos
- Efectos secundarios de la medicación
- Adherencia al tratamiento y vigilancia de síntomas de alerta
- Tipos de psicoterapia. Papel activo del paciente en la psicoterapia

➤ **Higiene del sueño:**

- Mantener horarios regulares

- Condiciones ambientales adecuadas
- Prestar atención a la dieta: Evitar cenas copiosas
- Evitar actividades excitantes en las horas previas a acostarse
- Realizar ejercicio físico de manera regular durante el día
- Practicar rutinas de meditación y relajación antes de acostarse.

4.1 Grupo de Psicoeducación para pacientes depresivos leves-moderados

Objetivos del documento

Describir el taller psicoeducativo-psicosocial de baja intensidad para pacientes con trastorno depresivo leve o trastorno depresivo moderado no psicótico en el Centro de Salud Mental de Villaverde.

Criterios de Inclusión

Pacientes que una vez terminada la actividad presentan:

- Diagnóstico episodio depresivo leve.
- Diagnóstico episodio depresivo moderado no psicótico.
- Pacientes que presenten sintomatología depresiva subumbral.
- Cumplimentación de escalas BDI y QLSD y Ficha del proceso de Depresión por el facultativo que deriva al Taller Psicoeducativo.

Criterios de Exclusión

- Diagnóstico episodio depresivo moderado psicótico.
- Diagnóstico episodio depresivo grave.
- Diagnóstico depresión persistente - distimia.
- Paciente con diagnóstico principal que requieran un abordaje por centros y programas especializados en adicciones (CAID, CAD, UCA o similares).
- Pacientes con un diagnóstico principal de trastorno de personalidad.
- Presencia de dificultades intelectuales importantes: Cociente Intelectual menor de 75 o signos de deterioro cognitivo.

Metodología

Datos Técnicos:

1. Los profesionales que ejecutaran el programa psicoterapéutico grupal serán enfermeras especialistas en Salud Mental entrenadas en el conocimiento de las técnicas previamente descritas.
2. Se formará un grupo compuesto por un máximo de 12 pacientes, lo más homogéneo posible en cuanto a diagnóstico.
3. Los grupos serán cerrados ya que los diferentes módulos no pueden aislarse en el proceso terapéutico.
4. La duración de cada sesión será de 90 minutos. La frecuencia será semanal con un máximo de 6 sesiones.

Tabla 3. Esquema de Fases del Grupo Psicoeducativo

Fases	Sesiones	Frecuencia y duración
A. Fase inicial del grupo	Sesión informativa	Una sesión de 60 minutos.
B. Fase media del grupo	Sesión 1-4	Sesiones semanales de 90 minutos.
C. Fase final del grupo	Sesiones 5-6	

Fases del grupo

A. Fase inicial: Sesión Informativa

Tarea 1: Presentación del grupo y que éste conozca a la enfermera/s. Informar sobre las sesiones que configuran el programa y objetivos a llevar a cabo.

Tarea 2: Explicar el programa e informar específicamente algunos aspectos importantes de la terapia grupal.

- ✓ La participación en el grupo es completamente **voluntaria**.
- ✓ **Compromiso de asistencia** a las sucesivas sesiones para facilitar la cohesión grupal y el buen funcionamiento del mismo.
- ✓ **Respeto** ante las opiniones de los demás compañeros.
- ✓ **Puntualidad**.
- ✓ **Confidencialidad** con la información personal que puedan compartir otros participantes del grupo.

Tarea 3: Valorar las expectativas de los participantes acerca del programa grupal.

B. Fase Intermedia: Sesiones 1 - 4

Objetivos generales

- Promover la cohesión de grupo.
- Promover la autonomía, la promoción del autocuidado y la toma de decisiones por parte del paciente.
- Enfatizar los aspectos en común (síntomas, experiencias) y cómo estos serán abordados.

▪ **Taller psicoeducativo:**

Tarea 1: Presentar a los miembros del grupo y hacer una introducción sobre que es la depresión en general.

- 1.- Presentación de cada miembro.
- 2.- Recordar la confidencialidad en el grupo.
- 3.- Introducción general sobre depresión y síntomas.

Tarea 2: Factores de riesgo asociados a la depresión:

- 1.- Comorbilidad.
- 2.- Curso y evolución de la enfermedad.
- 3.- Recaídas.

Tarea 3: Abordaje del suicidio:

- 1.- Cada paciente expondrá sus ideas y pensamientos.

Tarea 4: Expectativas y objetivos del tratamiento

- 1.- Psicoterapia.
- 2.- Medicación antidepresiva.
- 3.- Higiene del sueño

▪ **Intervenciones Psicosociales de Baja Intensidad**

Tarea 1: Hábitos saludables:

1. Alimentación.
2. Actividad física.
3. Autocuidado.
4. Alcohol y otras drogas.

C. Fase de Terminación: Sesiones 5 - 6

Tarea 1: Sesiones para familiares.

- 1.- Identificar las áreas de dificultad de las familias con un paciente depresivo.
- 2.- Explicación resumida de qué es la depresión y creencias erróneas.
- 3.- Ayudar a identificar signos y síntomas de alerta.
- 4.- Pautas de adherencia al tratamiento.
- 5.- Informar sobre los cuidados relacionados con hábitos de vida.

Por último, dar la oportunidad a los miembros del grupo para revisar lo que han trabajado durante el grupo y despedirse.

- Revisar con cada miembro del grupo los cambios en su sintomatología, ánimo y áreas problema.
- Reforzar positivamente los logros del paciente.
- Discutir los posibles problemas futuros y herramientas para poder afrontarlos.
- Ayudar a los miembros a identificar signos previos a una posible recaída y cómo afrontarlos.
- Establecer un acuerdo específico con el profesional de referencia que realizó la derivación al grupo para valoración de seguimiento.

Registros

- Por parte de administración se registrará la asistencia semanal en los grupos.
- Registro de la evolución del paciente en HCIS.

Evaluación

Al finalizar la actividad se realizará el **Inventario para la Depresión de Beck (BDI)** (Beck, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)

5. PSICOTERAPIA PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE VILLAVERDE

El presente documento tiene como objetivo describir las intervenciones psicoterapéuticas en niveles I y II, adaptadas para su implementación en el proceso de Depresión del CSM de Villaverde.

La psicoterapia es una técnica terapéutica que ha demostrado ser probablemente efectiva en el tratamiento de la depresión, con resultados comparables a la medicación antidepresiva a corto plazo, pudiendo alcanzar efectos superiores a largo plazo. Sin embargo, los estudios señalan que deben hacerse esfuerzos para mejorar los niveles de respuesta a través de estrategias como la secuenciación de los abordajes y las terapias combinadas (Cuijpers, y otros, 2021).

De acuerdo a las recomendaciones de las Guías Clínicas y los recursos profesionales disponibles en el AGCPSM del H.U.12 de Octubre, en el proceso de Depresión se han diseñado tres modelos de intervenciones psicoterapéuticas en niveles, tomando en cuenta las características y gravedad del caso:

- NIVEL I: Protocolo de la **Terapia Grupal Cognitiva** para pacientes **depresivos moderados**. Se desarrolla en la Unidad de Psicoterapia del AGCPSM (Centro de Actividades Ambulatorias del hospital).
- NIVEL I: Protocolo de **Terapia Grupal Interpersonal**, para pacientes **depresivos moderados-graves**. Se desarrollará en el CSM Villaverde.
- NIVEL II: Protocolo de terapia grupal basada en el **Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo Conductual (CBASP)** para pacientes **depresivos crónicos**. Se desarrollará en el CSM Villaverde.

Estos modelos de intervención comparten las siguientes características:

- Ponen el foco en los aspectos interpersonales que se ven afectados en la patología depresiva.
- Son intervenciones diseñadas para patología depresiva moderada-grave (Terapia Cognitiva; Psicoterapia interpersonal) y crónica (CBASP).
- Son intervenciones psicoterapéuticas manualizadas. Para un psicoterapeuta entrenado suponen una curva de aprendizaje asequible.
- En el caso de la Terapia Interpersonal, también hay guías para su implementación en AP o en SM como tarea terapéutica independiente o como preparación a un tratamiento sistemático
- Tienen formato grupal.
- Tienen similar número de sesiones: 16-20 (4 meses). La intervención grupal permitiría de 2 a 3 ediciones por año.

En este proceso de depresión se prioriza el abordaje de los pacientes mediante formato grupal, debido a que el trabajo grupal de pacientes con un diagnóstico homogéneo de depresión tiene ventajas al facilitar la sensación de cohesión y la identificación de problemas en común, ayudando a romper sentimientos de aislamiento social y estigma.

Además, el grupo facilita el aprendizaje interpersonal, funcionando incluso como un "Laboratorio interpersonal" donde, por ejemplo, se pueden aprender habilidades sociales importantes a través de la interacción de los miembros en el grupo, como la confrontación interpersonal, comunicación honesta, expresión de sentimientos. Todo esto siempre procurando proveer de un espacio seguro donde se puedan recibir feedbacks que ayuden a los pacientes a ensayar formas nuevas de funcionar. A estas ventajas, se suma el aporte en cuanto a eficiencia que puede tener este formato en un contexto público con recursos limitados, donde no es posible hacer un seguimiento intensivo individual semanal a todos los pacientes.

El abordaje Individual se reservará para casos específicos que no se ajusten al abordaje grupal.

Objetivos terapéuticos de las intervenciones de psicoterapia individual y grupal en el proceso de Depresión del CSM Villaverde

- Disminuir la sintomatología depresiva.
- Dirigir esfuerzos asistenciales que provoquen cambios conductuales, y que los pacientes establezcan modos de relación interpersonales adecuados, basado en el aumento de habilidades de comunicación y la potenciación de habilidades de regulación emocional.

Pautas de derivación a psicoterapia y seguimiento del caso

Tras la inclusión al proceso de depresión, los pacientes podrán ser derivados a los recursos de psicoterapia por su profesional de referencia psicólogo o psiquiatra tras rellenar los siguientes documentos del protocolo:

- Ficha proceso Depresión (Anexo 2)
- Escalas de Depresión de Beck (Anexo 3), Escala de Calidad de Vida para la Depresión (Anexo 4)
- En el caso de los psiquiatras, se debe rellenar el protocolo de Derivaciones Internas a Psicología (Anexo 8)

Los casos serán evaluados en la reunión de derivaciones internas a Psicología, donde se decidirá el tipo de abordaje psicoterapéutico idóneo para cada uno, priorizando las intervenciones grupales, reservando la derivación a psicoterapia individual para casos específicos que no se ajusten a la intervención grupal. En este proceso se tomará en cuenta la opinión del facultativo de referencia, las características del caso y los recursos disponible.

Se deberá anotar en la Historia Clínica Electrónica que el paciente es incluido en el proceso de Depresión y la modalidad psicoterapéutica a la cual se incluye (p.e. "Se incluye en PD CSM Villaverde", "Se propone y acepta derivación a Grupo de Psicoterapia Interpersonal que comienza en x fecha"). Además, se registrará en una base de datos del proceso las decisiones tomadas y el

itinerario que vaya siguiendo el paciente y la información recogida en la ficha del proceso y las escalas.

Tras la intervención psicoterapéutica, el psicoterapeuta responsable de la intervención aplicará nuevamente las escalas BDI y Calidad de Vida de la Depresión y escribirá una nota clínica en el HCE del paciente con su evaluación, cumplimiento de objetivos, adherencia, participación en la actividad y recomendación terapéutica al alta para que el facultativo responsable, tras una reevaluación, decida de forma compartida con el paciente si efectuar la derivación a Atención Primaria, mantener seguimiento en el CSM o prescribir una nueva intervención del proceso de Depresión del CSM de Villaverde.

5.1 Terapia Grupal para paciente con Depresión Leve – Moderada desde la Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión. (Nivel I Depresión Leve- Moderada)

La **terapia cognitiva** (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983) es un **procedimiento** activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Es la psicoterapia más estudiada y con mayor evidencia para el abordaje de los trastornos depresivos (Cuijpers, Karyotaki, de Wit, & Ebert, 2020; Cuijpers, Karyotaki, de Wit, & Ebert, 2020). Se basa en el **supuesto teórico** subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Las **técnicas** terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente **aprende** a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El **objetivo** de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente.

El **método** consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) controlar los pensamientos automáticos negativos; 2) identificar la relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4) sustituir estas condiciones desviadas por interpretaciones más realistas; 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

La aplicación grupal del protocolo individual de Beck para la depresión, permite el tratamiento conjunto de pacientes diagnosticados con depresión, de intensidad leve a moderada.

La terapia cognitiva de Beck ofrece un planteamiento completo de la depresión, al disponer de una teoría, una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico altamente estructurado. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo diseñado tanto para modificar cogniciones y conductas.

A continuación se describe el protocolo de intervención grupal desde la **Terapia Cognitiva de Beck para la depresión** dirigido a pacientes con trastorno depresivo leve-moderado en la Unidad de Psicoterapia del Hospital.

Objetivos Terapia Cognitiva

1. Resignificar la problemática.
2. Comprensión del papel de las emociones y las distorsiones cognitivas en el mantenimiento de la depresión.
3. Estimular un rol activo en las conductas de cambio a través de actividades.
4. Mejorar la resolución de problemas y prevenir recaídas sintomáticas.

Metodología

Criterios de Inclusión y Exclusión

Pacientes adultos de 18 a 70 años de la población de referencia del Área de Gestión Clínica del H.U12 de Octubre, que presenten patología afectiva con diagnóstico de trastorno depresivo leve - moderado.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente del AGCP con diagnóstico de depresión Leve-Moderada. - Edad de 18 a 60 años. - BDI=18,7-25, - Con recursos interpersonales básicos para trabajo grupal y con capacidad cognitiva básica para entender y seguir instrucciones - Cumplimentación del contrato terapéutico (Anexo 6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 18años. - Pacientes en terapia de grupo en el Centro de Salud Mental. - Pacientes con criterios de ingreso en Hospital de Día. - Pacientes que no necesiten una intensidad de psicoterapia a nivel de Centro de Salud Mental. - Clínica psicótica activa. - Abuso y/o dependencia de sustancias que requieran un abordaje directo de dicho comportamiento (CAID - CAD) - Inestabilidad Clínica suicida que requiera de un ingreso en hospital de día o unidad de agudos o un abordaje más intenso. -Dificultades intelectuales: menor de 75 CI.

Datos Técnicos

- El profesional que ejecutará el programa psicoterapéutico grupal será un psicólogo clínico o psiquiatra.
- Se formarán grupos compuestos por un máximo de 15 pacientes, lo más homogéneos posible en cuanto a diagnóstico (depresión leve - moderada).
- Es conveniente que sean grupos cerrados, en la medida de lo posible.
- Duración de cada sesión: 90 minutos.
- Frecuencia semanal.
- 12 sesiones.
- Registro de asistencia y evolución mediante Historia Clínica Electrónica.

Material de trabajo y documentación

1. Contrato terapéutico
2. Material de trabajo que se facilitará en cada sesión: Registro diario de pensamientos distorsionados; programa de actividades-resumen; programa de actividades: planificación; evaluaciones de dominio y agrado; lista escrita de principales puntos de la sesión para el paciente.
3. Cuestionario de satisfacción de la intervención.
4. Para la evaluación diagnóstica se utilizará el BDI (Ver Anexo 3) en la primera sesión y para la final se volverá a aplicar el mismo inventario.

Estructura y Componentes Generales de la Terapia grupal Cognitiva de Beck (TCB). Grupo adaptado de (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983).

Las dos primeras sesiones:

1. Se enseña al paciente a identificar y reparar Pensamientos Automáticos (PA) disfuncionales (relativos a la triada cognitiva).
2. Se utiliza registro diario, asignación de tareas para casa: entre ellas planificación del tiempo y programación de actividades.

Las sesiones 3ª y 4ª

1. Se dirigen a hacer ver la conexión entre pensamientos, emociones y conductas como principio general.

En la 5ª y 6ª

1. Se evalúa la racionalidad de los PA.
2. Ver los pensamientos y conclusiones como hipótesis a comprobar.
3. Se proponen interpretaciones alternativas, distintas de las depresógenas.
4. Se confrontan pensamientos de eventos negativos, asumiendo la condición objetiva de ciertos eventos.

En la 7ª y 8ª:

1. Sustitución de PA disfuncionales por interpretaciones más razonables

De la 8ª a la 12ª:

1. Se dirige a identificar y cambiar asunciones básicas disfuncionales.
2. Se trata de alterar los esquemas o creencias subyacentes, que sería lo que predispone al pensamiento depresivo.
3. Cierre y evaluación.

Técnicas utilizadas en el grupo de TCB

Sesión preparatoria:

1. Evaluar la adecuación de los integrantes
2. Evaluar y discutir expectativas
3. Proporcionar material psicoeducativo

Sesión inicial

1. Medir el grado de depresión DBI
2. Presentaciones de los miembros
3. Establecer encuadre, agenda y normas
4. Discutir expectativas y revisar objetivos de tratamiento
5. Introducir el fundamento teórico de la terapia cognitiva
6. Discutir las respectivas preocupaciones de los pacientes
7. Entrenamiento en habilidades de autocontrol y/o experimentos conductuales
8. Asignar tareas para casa
9. Evaluar las reacciones ante la sesión

2-10 Sesiones siguientes

1. Medir la intensidad de la depresión DBI
2. Establecer agenda
3. Revisar el estado de cosas desde la última sesión
4. Discutir las reacciones ante sesiones anteriores
5. Revisar tareas para casa
6. Introducir nuevos contenidos y relacionar el material con la teoría cognitiva

7. Asignar tareas para casa
8. Evaluar las reacciones ante la sesión

11-12 sesiones

1. Medir la intensidad de la depresión DBI
2. Establecer agenda
3. Revisar el estado de cosas desde la última sesión
4. Discutir los progresos hechos hasta la fecha
5. Discutir las expectativas ante la terminación de la terapia
6. Evaluar las reacciones ante la sesión

5.2 Terapia Grupal para paciente con Depresión Moderada – Grave desde la Terapia Interpersonal (IPT). (Nivel I Depresión Moderada - Grave)

La psicoterapia interpersonal, es una de las psicoterapias recomendadas por las guías para el tratamiento de la depresión (NICE, 2018). Fue creada en los años setenta para tratar la depresión mayor por Gerald Klerman y Myrna Weissman (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2018) y ha sido aplicada en otros trastornos como desórdenes alimentarios, trastornos ansiosos o estrés post traumático, entre otros (Cuijpers, Donker, Weissman, Ravirz, & Cristea, 2016). Junto con la terapia Cognitivo Conductual, es uno de los tratamientos para la depresión mayor más validados empíricamente, demostrando ser efectiva, con respuestas iniciales del 60 por ciento, siendo al menos "tan eficaces como la medicación antidepresiva en las fases agudas" (Lemmens, y otros, 2018). Según un metaanálisis, los resultados de la terapia combinada "IPT más farmacoterapia" son superiores al control, al placebo, al tratamiento sólo con fármacos y al tratamiento sólo con IPT (Cuijpers y otros, 2016). Por lo que se entiende que sumar al abordaje farmacológico un abordaje terapéutico desde la psicoterapia interpersonal aportaría un efecto adicional positivo en la recuperación de los pacientes.

La psicoterapia interpersonal (IPT) es una psicoterapia de corta duración que se desarrolló originariamente como una alternativa breve, concisa y complementaria para el tratamiento de la depresión mayor. Está basada en el apego, y tiene como objetivo aliviar el sufrimiento de los pacientes y mejorar su funcionamiento interpersonal. El IPT se centra específicamente en las relaciones con el medio para lograr un cambio interpersonal y una recuperación sintomática, para ayudar a los pacientes a mejorar sus relaciones y aprender a pedir más asertivamente el apoyo emocional y práctico que necesitan (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2018)

La psicoterapia interpersonal fue adaptada al formato grupal (IPT-G) por Wilfley y otros (2000), conservando las principales características, como son; el papel central del eje interpersonal y la identificación de uno o dos de las áreas interpersonales conflictivas en el paciente (duelo, transición

de rol, disputas interpersonales). En la literatura se han descrito trabajos de esta adaptación a pacientes con trastorno por estrés post traumático, trastornos de la alimentación y trastornos depresivos en diferentes poblaciones siendo necesarios aun el desarrollo de más investigación en este formato (Scocco y Toffol, 2018). La IPT-G se caracterizaría por ser una psicoterapia limitada en el tiempo, semi-estructurada, focalizada en las relaciones interpersonales actuales, orientada a la acción, donde paciente y terapeuta tienen un rol activo, enfatizando la transferencia de los aprendizajes y avances realizados en el grupo hacia la red social del paciente (Wilfley y otros, 2000).

A continuación se describe el protocolo de tratamiento para pacientes con trastorno depresivo moderado-grave en el CSM de Villaverde en formato grupal desde la Psicoterapia Interpersonal.

Objetivos Generales de la Psicoterapia Interpersonal Grupal

Los Principales Objetivos de la **Psicoterapia Interpersonal** son:

1. Mejorar la sintomatología depresiva y la funcionalidad del paciente.
2. Comprender la relación entre la depresión y los problemas relativos a relaciones interpersonales.
3. Mejorar la comprensión y promover cambios en las relaciones interpersonales significativas.
4. Desarrollar habilidades interpersonales para el manejo de problemas de forma más efectiva.

Objetivos Específicos de la Psicoterapia Interpersonal Grupal

En específico, con relación a las **tres áreas problema**:

1. Duelo: manejar las dificultades del duelo y la pérdida.
2. Disputas interpersonales: resolver conflictos interpersonales que inciden en la sintomatología depresiva.
3. Transición de rol: lograr un mejor ajuste en la transición de rol.

Metodología

Criterios de Inclusión y Exclusión

Pacientes adultos de 18 a 70 años de la población de referencia del CSM de Villaverde, que presenten patología afectiva con diagnóstico de trastorno depresivo moderado - grave.

Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión.
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente del Centro de Salud Mental de Villaverde con diagnóstico de depresión Moderada-grave. - Edad de 18 a 70 años. - BDI=25,4 o más - Ideación suicida sin conductas planificadas - Situaciones agudas de crisis - Cumplimentación del contrato terapéutico (Anexo 6). 	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 18años. - Pacientes en terapia de grupo en el Centro de Salud Mental. - Pacientes con criterios de ingreso en Hospital de Día. - Pacientes que no necesiten una intensidad de psicoterapia a nivel de Centro de Salud Mental. - Clínica psicótica activa. - Abuso y/o dependencia de sustancias que requieran un abordaje directo de dicho comportamiento (CAID - CAD) - Inestabilidad Clínica suicida que requiera de un ingreso en hospital de día o unidad de agudos o un abordaje más intenso. -Dificultades intelectuales: menor de 75 CI.

Datos Técnicos

- El profesional que ejecutará el programa psicoterapéutico grupal será un psicólogo clínico o psiquiatra.
- En el programa grupal, se formarán grupos compuestos por un máximo de 15 pacientes, lo más homogéneos posible en cuanto a diagnóstico (Depresión moderada – grave) y área problema.
- Es conveniente que sean grupos cerrados, en la medida de lo posible.
- La duración de cada sesión será de 90 minutos.
- Frecuencia semanal con un mínimo de 20 sesiones.
- Registro de asistencia y evolución mediante Historia Clínica Electrónica

Material de trabajo y documentación:

1. Contrato terapéutico (Ver anexo 6)
2. Tríptico Informativo sobre terapia grupal (Ver anexo 5)
3. Material de trabajo que se facilitará en cada sesión
4. Para la evaluación se aplicará el Inventario de depresión de Beck (anexo 3) y la escala de Calidad de Vida para la depresión (anexo 4) en la primera y en la última sesión.

Estructura y Componentes generales de la IPT

Evaluación / Fase Inicial

- Evaluar la idoneidad del paciente para IPT
- Evaluar la idoneidad de IPT para el paciente
- Evaluar problemas psiquiátricos e interpersonales
- Construir un inventario interpersonal
- Desarrollar una Formulación Interpersonal
- Identificar áreas problemáticas específicas de IPT: Disputas, transiciones de roles, duelo y pérdida
- Explicar las razones para IPT
- Establecer colaborativamente un Acuerdo de Tratamiento

Fase media

- Atender a la relación terapéutica.
- Mantener el foco de discusión en las áreas específicas de problemas de IPT
- Explorar las expectativas y percepciones del paciente sobre el (los) problema (s) interpersonal (es) específico (s)
- Ayudar al paciente a desarrollar soluciones a las crisis interpersonales
- Ayudar al paciente a implementar las soluciones propuestas
- Practicar, Practicar, Practicar

Conclusión del tratamiento agudo

- Revisar el progreso del paciente
- Anticipar futuros problemas.
- Reforzar positivamente los logros del paciente.
- Establecer un acuerdo específico para el tratamiento de mantenimiento

Tratamiento de mantenimiento

- Centrarse en las áreas problemáticas
- Monitorear el progreso

Áreas problemáticas de IPT

La IPT se centra en tres áreas problemáticas específicas que reflejan la naturaleza interpersonal del tratamiento. Estos son:

- **Duelo y pérdida:** cualquier pérdida experimentada por el paciente.
- **Disputas interpersonales:** implican un conflicto entre el paciente y otra persona, y pueden ser el resultado de los problemas de comunicación o de las expectativas poco realistas.
- **Transiciones de roles:** implican cambios en el rol social de un paciente y los cambios en el apoyo social que pueden acompañar a dichas transiciones.

Protocolo Psicoterapia Grupal Interpersonal Sesión a Sesión. Adaptado de Wilfley y col (2000) y (World Health Organization and Columbia University, 2016):

Tabla 6. Esquema Fases del Grupo

Fases	Sesiones	Frecuencia y duración
A. Grupo informativo	Sesión previa	Una sesión de 90 minutos
B. Fase inicial del grupo	Sesión 2-4	Sesiones semanales de 90 minutos
C. Fase media del grupo	Sesiones 5-19	
D. Fase Final del grupo	Sesión 20	

A. Grupo Informativo

Tarea 1: Informar sobre los objetivos del grupo desde la Psicoterapia Interpersonal y como este puede ayudar en el manejo de la depresión.

Tarea 2: Informar en específico sobre aspectos importantes de la terapia grupal (entrega de tríptico informativo (Anexo 6):

- Mitos sobre los grupos
- Ventajas del abordaje grupal, cómo beneficiarse más de la experiencia de grupo.
- La importancia de la confidencialidad.
- Consecuencias sobre la posible socialización extra grupal.

Tarea 3: Entregar el contrato terapéutico a los pacientes que decidan ser incluidos en el grupo (Anexo 7).

Tarea 4: Entregar escalas de autoevaluación a los participantes. (BDI , Calidad de vida para la depresión) (Anexo 3 y 4)

Tarea 5: Comunicar a los pacientes las normas del grupo.

- Informar sobre las fechas, tiempo de cada sesión y lugar de reunión.
- Informar sobre el compromiso de confidencialidad pactado en el contrato.
- Abordar la importancia de la puntualidad.
- Adherencia: Explicar que se entenderá como abandono al tratamiento 3 faltas seguidas sin justificar. Se explicará cómo contactar para avisar una posible inasistencia justificada.
- No acudir en estados alterados de consciencia.

B. Fase Inicial. Sesiones 2-3-4

Objetivos generales:

- Promover la cohesión de grupo.
- Enfatizar los aspectos en común (síntomas, experiencias) y cómo estos serán abordados.
- Identificar el funcionamiento interpersonal de cada participante y ponerlo en relación con sus síntomas.
- Identificar las áreas problema afectadas y establecer los objetivos individuales de tratamiento.

Tarea 1: Presentar a los miembros del grupo y hacer una introducción sobre la depresión en general.
(30 minutos)

- 1.- Presentación de cada miembro.
- 2.- Recordar la confidencialidad en el grupo.
- 3.-Introducción general sobre depresión dando esperanza.

Tarea 2: Abordar los problemas que los pacientes puedan estar teniendo en las diferentes áreas problemas según la IPT.

- 1.-Introducción sobre depresión y su vínculo con las áreas problema según la IPT.
- 2.- Que cada paciente exponga su problemática y posibles objetivos.

Tarea 3: Recordar el funcionamiento del grupo (Duración - formato sesiones – normas). Cerrar la sesión.

C. Fase Intermedia. Sesiones 4-19

Objetivos Generales

- Mantener el foco en abordar las dificultades relativas a las áreas problema.
- Fomentar la participación y la motivación en los participantes.
- Fomentar la conexión entre participantes.
- Implementar cambios basados en las áreas problema en las circunstancias externas al grupo e internas.

Tareas fase intermedia

Tarea 1: Comenzar cada grupo revisando la sintomatología depresiva de cada miembro. Abrir el espacio para que cada miembro comente cómo se encuentra.

Tarea 2: Poner en relación la sintomatología depresiva con los eventos relacionales actuales.

- 1.- Discutir eventos de la semana anterior.
- 2.- Relacionar esos eventos con las áreas problema de los miembros del grupo.

Tarea 3: Utilizar estrategias generales y específicas para cada área problema. I

Tarea 4: Asignar ejercicios prácticos y finalizar la sesión.

1. Recordar a cada miembro del grupo seguir trabajando en sus objetivos específicos hasta la siguiente sesión.
2. Finalizar la sesión confirmando la hora y fecha de la siguiente sesión, dar espacio para preguntas.

D. Fase de Terminación

Tarea: Dar la oportunidad a los miembros del grupo para revisar lo que han trabajado durante el grupo y despedirse.

- Revisar con cada miembro del grupo los cambios en su sintomatología, ánimo y áreas problema.
- Reforzar positivamente los logros del paciente.
- Discutir los posibles problemas futuros y herramientas para poder afrontarlos.
- Ayudar a los miembros a identificar signos previos a una posible recaída y cómo afrontarlos.
- Apoyo y contención emocional a aquellos que no han mejorado ni total ni parcialmente.
- Establecer un acuerdo específico para el tratamiento de mantenimiento.

Estrategias generales utilizadas en los grupos IPT

- **Evaluación de la depresión:** Siempre comenzar preguntando cómo se encuentran los participantes del grupo desde la última sesión. Se les pide que rellenen el cuestionario y si es posible se puede hacer una comparación con cuestionarios anteriores y comentar los cambios.
- **Vincular el ánimo a eventos y eventos al ánimo.**
- **Análisis de la comunicación:** En el grupo se realiza pidiendo a uno de los participantes que realice una descripción detallada de una interacción reciente con otra persona, para ayudar a los miembros del grupo a entender como el contenido y la forma de comunicarnos afecta a los demás, y cómo la forma de comunicarse de los demás nos afecta a nosotros. Habría que hacer al menos un análisis de comunicación con cada miembro del grupo durante el transcurso del grupo. Si un miembro habla sobre muchos incidentes que han ocurrido la semana anterior, se le

pide que se centre en uno que haya afectado de forma especial su estado ánimo y que lo describa en detalle. Este análisis dará información que luego ayudará a mejorar las interacciones y el ánimo de la persona.

- **Análisis de toma de decisiones:** Utilizarla con cada miembro del grupo para el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento ante los problemas.
 - Identificar problemas.
 - Pedir a los miembros del grupo hagan una lluvia de ideas sin juzgar las opciones.
 - Discutir aspectos positivos y negativos de las opciones.
Seleccionar una opción o una combinación de estas.
- **Role-Play:** Representar una conversación reciente o una conversación que se esté planeado realizar para comprender conductas y sentimientos propios y de otros.
- **Construcción de habilidades interpersonales:** Enseñar a las miembros habilidades de comunicación que incluyan:
 - Buscar el momento adecuado para poder resolver los conflictos
 - Centrarse en la situación específica en vez de tratar de resolver de una vez todo lo que va mal
 - Clarificar expectativas
 - Entender (no necesariamente aceptar) el punto de vista de los otros.
 - Negociar con el otro
- **Trabajos para casa, ejercicios de práctica.** Animar a los miembros del grupo a practicar lo que han aprendido durante las sesiones. En las siguientes sesiones se les pide que expliquen al grupo si han podido poner en marcha las habilidades aprendidas y cuál ha sido el resultado.

Estrategias específicas para afrontar las tres áreas problema en grupos.

Duelo

- Facilitar el proceso de duelo haciendo una reconstrucción de la relación con la persona o aspecto perdido.

- Ayudar a encontrar el sentido de la vida tras la pérdida.
- Psicoeducación en relación al proceso de duelo.
- Dar el espacio para que el miembro del grupo en duelo pueda compartir aspectos sobre la relación con la persona perdida o la circunstancia de pérdida. Sobre sus sentimientos acerca del futuro y cambios en su estatus social y familiar.
- Animar al grupo a compartir experiencias similares, que aprendieron de esta experiencia.

Disputas interpersonales

- Definir de forma clara cuál es el problema desde los dos puntos de vista (técnicas de comunicación – Rol Play).
- Identificar la fase en que se encuentra el conflicto (en negociación – atascados - acabando la relación).
- Explorar opciones para un plan de acción para resolver el problema. (Análisis de toma de decisiones).

Transiciones de rol

- Animar al integrante del grupo a identificar el antiguo rol y hacer un duelo sobre este.
- Revisar aspectos positivos y negativos del nuevo rol, las oportunidades potenciales de crecimiento.
- Explorar sentimientos en relación al cambio.
- Animar al grupo a pensar en estrategias para manejar el nuevo rol, romper el aislamiento social y encontrar apoyo de personas que puedan ayudar.

5.3 Psicoterapia Grupal para Trastornos Depresivos Persistentes desde Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo Conductual (CBASP) (Nivel II Depresión Persistente)

El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) ha consolidado las categorías del DSM-IV de Trastorno Depresivo Mayor Crónico y Trastorno Distímico en una categoría denominada **Trastorno Depresivo Persistente**. Para llamarse trastorno depresivo persistente, los síntomas depresivos deben tener una duración de al menos dos años, como se indicó anteriormente para la depresión mayor crónica. Se sugiere la adición de un especificador para indicar si el trastorno depresivo persistente es un síndrome distímico "puro"; una doble depresión, que es una depresión mayor superpuesta a la distimia; una depresión mayor recurrente con síntomas residuales entre episodios; o es un trastorno depresivo mayor que dura dos años o más sin remisión (APA, 2014).

Problemática presente en los pacientes depresivos crónicos:

- Antecedentes de trauma del desarrollo y de fracaso interpersonal repetido.
- Funcionamiento cognitivo sesgado en la perspectiva acerca del mundo.
- Una expectativa tácita de que las principales influencias causales en la vida siempre están más allá del control personal del paciente.
- Repertorios de habilidades de afrontamiento que son deficientes y que impiden que puedan enfocarse de manera específica en cualquier problema particular.
- Falta de regulación emocional que interfiere con el funcionamiento social familiar y laboral.
- Un profundo sentido de desesperanza y desamparo que inhiben cualquier optimismo acerca de que el tratamiento pueda cambiar algo.
- Comportamiento interpersonal social poco eficiente en el mejor de los casos y abiertamente conflictivo en el peor de ellos.
- Un estilo sumiso de interacción que dificulta que los clínicos eviten asumir un rol dominante.
- Desconfianza interpersonal que proviene de las experiencias en el mundo real.

Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo Conductual (CBASP)

El CBASP fue desarrollado por James P. McCullough (McCullough, 2004) y es el único sistema de psicoterapia diseñado específicamente para satisfacer las necesidades únicas de quienes padecen depresión persistente. Es un enfoque interpersonal altamente estructurado y orientado a las habilidades que enseña enfoques concretos para ayudar a las personas a superar los problemas interpersonales y alcanzar metas de vidas tangibles y alcanzables.

El CBASP fue formulado específicamente para cumplir con los desafíos y requisitos clínicos del paciente con depresión persistente. Al intentar transformar los patrones de comportamiento habituales y resistentes al tratamiento, los terapeutas de CBASP realizan un enfoque colaborativo para resolver los problemas actuales de la vida utilizando procedimientos interpersonales analíticos conductuales.

En CBASP, los pacientes están conectados perceptualmente / reconectados con las consecuencias interpersonales de su comportamiento. Una vez que se aprende la percepción de una conexión funcional entre el comportamiento y las consecuencias, al paciente se le enseñan las habilidades de comportamiento necesarias para lograr interacciones más receptivas y apropiadas en su entorno interpersonal específico.

El énfasis en CBASP está en la resolución de problemas sociales interpersonales. Los motivos interpersonales están en el centro de estas conductas interpersonales y constituyen el foco de las intervenciones terapéuticas en CBASP, mientras que las cogniciones son importantes, pero solo en la medida en que conducen a consecuencias ambientales y sociales.

Desde esta perspectiva, el trastorno de depresión persistente se mantiene por dos problemas patológicos centrales que el paciente no pudo resolver (McCullough, 2004).

El tratamiento exitoso requiere que se enseñe a los pacientes a resolver ambos problemas.

- **El problema 1:** es un estado generalizado de evitación del miedo que se deriva de un historial de maltrato temprano en el desarrollo.
- **El problema 2:** es la desconexión perceptiva del entorno interpersonal, lo que significa que los otros no tienen ninguna influencia de cambio sobre el comportamiento del paciente.

A continuación se describe el protocolo de tratamiento para pacientes con trastorno depresivo persistente o crónico en el CSM de Villaverde. Mediante la intervención psicoterapéutica grupal del **Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo Conductual (CBASP)**

Objetivos Generales Terapia CBASP

1. Disminuir la evitación de miedo del paciente y reemplazarlo con la seguridad interpersonal.
2. Lograr que los pacientes se conecten realmente, de manera perceptiva y experiencial, al mundo interpersonal-social de los demás, a través de la retroalimentación conductual de los otros significativos.
3. Reconocer las consecuencias que su comportamiento tiene sobre los demás. Este cambio de percepción se describe en CBASP como la **adquisición de la funcionalidad percibida**.

Objetivos Específicos Terapia CBASP

1. El paciente aprende a describir un evento situacional de manera objetiva y sucinta. Esta meta implica:
 - Permanecer enfocado sobre una situación
 - Delinear puntos claros de inicio y fin
 - Evitar la tentación de evaluar la situación
2. El paciente aprende a construir interpretaciones precisas y pertinentes sin ayuda del clínico.
3. El paciente aprende a enfocarse en los aspectos apropiados de su conducta interpersonal que le ayuda a lograr el resultado deseado.
4. El paciente aprende a construir resultados reales en una descripción utilizando terminología temporal.
5. El paciente aprende a construir un resultado deseado, realista y viable, en una relación utilizando terminología conductual.
6. El paciente aprende a evaluar la conducta situacional, utilizando la comparación del resultado real contra el resultado deseado.

7. El paciente aprende a construir interpretaciones pertinentes y corregir los errores por sí mismo.

Metodología

Criterios de Inclusión y Exclusión

Pacientes adultos de 18 a 70 años, de la población de referencia del CSM de Villaverde, que presenten patología afectiva con diagnóstico de trastorno depresivo crónico.

Tabla 7. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Edad de 18 a 70 años. - BDI=30 - Ideación suicida sin conductas planificadas - Situaciones agudas de crisis. - Cumplimentación del contrato terapéutico (Anexo 6). - Haber participado previamente en la psicoterapia grupal ITP 	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 18años. - Pacientes con criterios de ingreso en HD.. - Clínica psicótica activa. - Abuso y/o dependencia de sustancias que requieran un abordaje directo de dicho comportamiento (CAID) - Inestabilidad Clínica suicida que requiera de un ingreso en hospital de día o unidad de agudos o un abordaje más intenso. - Dificultades intelectuales: menor de 75 CI.

Datos Técnicos

- El profesional que ejecutará el grupo psicoterapéutico de pacientes crónicos será un psicólogo clínico o psiquiatra.
- Es conveniente que sean grupos cerrados, en la medida de lo posible.
- La duración de cada sesión será de 90 minutos. La frecuencia será semanal con un mínimo de 20 sesiones.

Material de trabajo y documentación:

1. Contrato terapéutico (Ver anexo 6)
2. Tríptico Informativo sobre terapia grupal (Ver Anexo 5)
3. Material de trabajo que se facilitará en cada sesión
4. Para la evaluación se aplicará el Inventario de depresión de Beck (Anexo 3) y la escala de Calidad de Vida para la depresión (Anexo 4) en la primera y en la última sesión.

Protocolo Psicoterapia Grupal para Pacientes Depresivos Crónicos Sesión a Sesión.

Adaptado de: (McCullough, 2004); (McCullough. Jr, 2006); (McCullough Jr, Schramm, & Penberthy, 2014)

Grupo-CBASP: Sesión 1

Esquema de la sesión

- Presentación de los miembros del grupo.
- Esquema de las sesiones de terapia de grupo-CBASP
- Acuerdos de grupo
- Evaluar sus síntomas depresivos actuales
- ¿Depresión persistente versus depresión mayor?
- ¿Tiene trastorno depresivo mayor?
- ¿Tiene trastorno depresivo persistente (distimia)?
- Perfiles del curso para trastornos depresivos persistentes
- Dos tipos de depresión persistente.
- ¿Cuál ha sido el curso de su depresión?
- Hoja de trabajo de la línea de tiempo de la depresión
- ¿Cuál ha sido el costo de su depresión?
- La carta del estado de ánimo
- Pautas generales sobre medicamentos para la depresión.
- Tarea: Registro de actividades

Ejemplo

Comenzaremos hoy con una discusión informal sobre la depresión, los síntomas que experimenta ahora, las formas en que se enfrenta y el curso que su depresión ha tomado desde el principio hasta el presente. Veremos varias maneras en que cada uno de ustedes pudo haber llegado al diagnóstico de depresión persistente o quizás de depresión mayor. Discutiremos sobre medicamentos y podremos decidir invitar a una enfermera clínica para que responda algunas de sus preguntas sobre varios medicamentos y sus efectos secundarios. También responderemos cualquier pregunta que pueda tener sobre lo que haremos juntos durante las siguientes 20 semanas de terapia de grupo.

¡Bienvenido!

Tarea: para la próxima semana, complete el Registro de actividades que muestra cómo suele pasar su tiempo durante una semana completa. Incluya comidas, levantarse, ducharse, siestas e incluso caminatas cortas. Incluye, por supuesto, cualquier contacto social y actividades. Además, monitorea tu estado de ánimo con el Mood Chart.

Grupo-CBASP: Sesión 2

Esquema de la sesión:

- ¿Trajiste tu registro de actividad? Si no es así, aquí hay algunos más para completar ahora.
- ¿Con qué dominio interpersonal tiene dificultades?
- Tu registro de actividades
- El ciclo de la depresión y la inactividad.
- Actividades:
- Cuidando de ti mismo
- Cuidando tu entorno
- Cuidando tus relaciones
- Hacer frente a la ansiedad que está vinculada a la depresión.

Ejemplo

Hoy comenzaremos a ver las consecuencias de la depresión en la forma en que interactúas socialmente con los demás. Para hacer esto, discutiremos el área de su funcionamiento social que usted y su terapeuta seleccionaron durante la sesión individual antes de comenzar el grupo, como un enfoque para su trabajo en este grupo. Llamaremos a esto su dominio interpersonal. Puede haber otras áreas de su funcionamiento social que se vuelvan más importantes para usted a medida que nuestro trabajo progresa en el grupo y también es posible que cambie este Dominio Interpersonal a uno que se convierta en una prioridad.

Luego, analizaremos su estilo de vida diario y la forma en que pasa su tiempo, centrándose especialmente en su higiene del sueño, hábitos alimenticios, higiene personal, actividades físicas diarias y actividades sociales. Nos gustaría discutir si disfruta algunas actividades y los desafíos que enfrenta.

Tarea: Para la próxima semana, elige una actividad física y social. Planifícalo y / o Pruébalo. Escríbalo en su Registro de actividad y márkuelo cuando lo haya hecho. Evalúa tu estado de ánimo después de la actividad.

Grupo-CBASP: Sesión 3

Esquema de la sesión

Revisión de la tarea:

- ¿Trajiste tus Registros de Actividad? Si no es así, aquí hay algunos más para completar ahora.
- ¿Qué actividades hiciste o elegiste hacer la semana pasada?
- Cómo el pensamiento de mala adaptación puede llevar a una adaptación inadecuada.
- El ciclo de desesperanza e impotencia conduce a una depresión persistente
- ¿Cómo podemos romper el ciclo?
- El Análisis de la Situación (Cuestionario de Encuestas)
- Comprensión de los pasos del análisis situacional dentro de un grupo.
- Ejemplo de un análisis situacional

Ejemplo

Las últimas dos sesiones nos han abierto los ojos a algunas de las dificultades emocionales y físicas que puede estar experimentando. Algunos de ustedes también pueden sentirse impotentes para cambiar y es por eso que quisimos sugerirle algunos pasos pequeños que puede tomar todos los días para mejorar su estilo de vida y sentirse más saludable físicamente.

Hoy, también exploraremos cómo su manera de abordar las situaciones problemáticas puede contribuir a que se sienta abrumado e incapaz de obtener la ayuda que necesita de otras personas que lo rodean.

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo.

Grupo-CBASP: Sesión 4

Esquema de la sesión

Revisión de la tarea:

- ¿Qué actividades hiciste la semana pasada?
- ¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?
 - La Fase de Remediación del Análisis Situacional.
 - ¿Qué es un análisis de la situación futura?

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo. Haremos la Fase de Remediación juntos.

Grupo-CBASP: Sesión 5

Esquema de la sesión

- ¿Qué actividades hiciste la semana pasada?
- ¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?

Practicar el análisis situacional (as) con fases de elicitación y de remediación

- Usar el Análisis de la situación para comprender el impacto de nuestros comportamientos interpersonales en otros dentro o fuera del grupo

Ejemplo

Esta sesión está dedicada a la práctica de análisis de situación con fases de elicitación y remediación. Repetiremos este ejercicio durante muchas sesiones a lo largo de la terapia de grupo

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo. Haremos la Fase de Remediación juntos.

GRUPO-CBASP: Sesión 6

Esquema de la sesión

Revisión de la tarea:

- ¿Qué actividades hiciste la semana pasada?
- ¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?
 - Su dominio interpersonal
 - ¿Cómo se expresa este dominio con otros en este grupo?
 - Usar el dominio interpersonal para comprender el impacto dentro del grupo de nuestros comportamientos interpersonales
- ¿Es este tu Resultado Deseado?

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo. Haremos la Fase de Remediación juntos.

Grupo-CBASP: Sesiones 7 y 8

Esquema de la sesión

Revisión de la tarea:

¿Qué actividades hiciste la semana pasada?

¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?

Practicar el análisis situacional (as) con fases de elicitación y de remediación

Usar el Análisis de la situación para comprender el impacto de nuestros comportamientos interpersonales en otros dentro o fuera del grupo

Estas sesiones están dedicadas a la práctica de Análisis Situacionales. El terapeuta está atento a los momentos en que emerge un "punto caliente" en la discusión, relacionado con la Hipótesis de Transferencia, y provoca reacciones de los miembros del grupo sobre el impacto de las conductas mal adaptativas o adaptativas en otros, como se explicó en la sesión anterior. El terapeuta usa la Participación personal disciplinada con un Ejercicio de discriminación interpersonal (EDI) o Responsabilidad personal contingente (RPC) para enfatizar el aprendizaje sobre el impacto que cada uno tiene en el otro. Por favor, vea ejemplos de Responsabilidad Personal Contingente en las sesiones 13 y 14.

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo. Haremos la Fase de Remediación juntos.

Grupo-CBASP: Sesiones 9 y 10

Esquema de la sesión:

Revisión de la tarea:

¿Qué actividades hiciste la semana pasada?

¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?

- Comprender nuestras interacciones interpersonales
- Su circumplex interpersonal

- Sus valores interpersonales
- Su eficacia interpersonal
- ¿Cómo se relaciona su perfil interpersonal con sus comportamientos interpersonales dentro de este grupo?
- Ocho estilos de relación interpersonal

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo. Haremos la Fase de Remediación juntos.

Grupo-CBASP: Sesiones 11 y 12

Esquema de la sesión

Revisión de la tarea:

- ¿Qué actividades hiciste la semana pasada?
- ¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?
- Su circumplex interpersonal: inventario de problemas interpersonales
- Comprender puntuaciones extremas de conflicto interpersonal
- ¿Qué comportamientos típicos utilizarías para alcanzar tus metas? ¿Piensa en lo que has hecho en el pasado, tu Resultado Deseado?
- Comprender algunos patrones interpersonales típicos de individuos con depresión persistente
- ¿Crees que eres más rígido o flexible en tus interacciones interpersonales?
- ¿Cuáles son las consecuencias de la evitación interpersonal para usted?

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo. Haremos la Fase de Remediación juntos.

Grupo-CBASP: Sesiones 13 y 14

Esquema de la sesión

Revisión de la tarea:

- ¿Qué actividades hiciste la semana pasada?

¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?

- ¿Qué son las interacciones complementarias y no complementarias?
- ¿Estás obteniendo lo que quieres de los demás?
- ¿Sus motivos ocultos alejan a los demás?
- ¿Cuál es tu Resultado deseado?
- Ejemplos de Responsabilidad Personal Contingente en Grupo-CBASP

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo. Haremos la Fase de Remediación juntos.

Grupo-CBASP: Sesiones 15 y 16

Esquema de la sesión

Revisión de la tarea:

¿Qué actividades hiciste la semana pasada?

¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?

- Poniéndolo todo junto
- Usar el Análisis de la situación para entender lo que quiere y aprender cómo obtenerlo
- Su perfil interpersonal

Tarea: para la próxima semana, elija una situación interpersonal que le resulte difícil de manejar. Trate de completar el Análisis de la Situación lo más que pueda y tráigalo para el siguiente grupo. Haremos la Fase de Remediación juntos.

Grupo-CBASP: Sesiones 17 a 20.

Esquema de la sesión

Revisión de la tarea:

¿Qué actividades hiciste la semana pasada?

¿Trajo una copia del Análisis de la situación con una situación difícil de discutir?

- Prepararse para la terminación
- Evaluar el aprendizaje

- Revisando tus metas y diciendo adiós.
- Mantenimiento y seguimiento grupal-CBASP para la prevención de recaídas.
- Consideraciones éticas para el Grupo-CBASP.

Tarea: siga utilizando el Análisis de la situación como una estrategia eficaz de resolución de problemas para todas las situaciones interpersonales que le resulten difíciles de manejar.

5.4 Psicoterapia Individual Interpersonal para Trastornos Depresivos

En el caso de la psicoterapia individual, ésta siempre se realizará en un segundo momento a lo largo del proceso de intervención, una vez haya realizado terapia grupal y siempre que persista sintomatología depresiva o necesidad de mantener trabajo terapéutico.

Como excepción, podrá asumirse un trabajo terapéutico individual previo al grupo en los siguientes supuestos:

- En situaciones del ciclo vital u otras, que requieran una intervención con características especiales o de mayor intensidad (embarazo, postparto, o riesgo suicida).
- Siempre que el paciente tenga capacidad para el trabajo terapéutico y motivación para el cambio, con compromiso de asistencia a las sesiones que se le facilitan, incluido en el contrato terapéutico estándar.

Datos técnicos

- En el caso de psicoterapia individual, estará a cargo de psicólogos clínicos del CSM, en turnos mañana y tarde, según agenda.
- Adaptado a las características de nuestro contexto terapéutico, se proponen 15 sesiones cada 3 semanas, de 40 minutos (prestación "psicoterapia individual") y 2 sesiones de seguimiento.

Estructura y Componentes generales de la ITP Individual adaptado de (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2018)

Fase inicial (3 sesiones)

En esta fase se desarrollarían cuatro tareas:

- Revisión minuciosa de los síntomas depresivos que se realizan conjuntamente con el paciente y evaluación de dificultades funcionales.
- Revisión con el paciente de sus relaciones interpersonales presentes y pasadas y su relación con los síntomas.
- Determinar sobre cuál de las áreas problema se va a trabajar y fijar de acuerdo a esto, los objetivos de tratamiento.
- Explicación de los conceptos básicos de la psicoterapia interpersonal y realización del contrato.

Fase intermedia (10 sesiones)

Se trabajan áreas del problema detectados en la fase inicial. Se trabaja con el déficit interpersonal, pérdida de habilidades sociales que genera relaciones inestables.

Fase final

Se trabajan las últimas 2 sesiones que ayudan al individuo a identificar el valor que este le dio al proceso terapéutico, además se le informa de las posibles recaídas para que el paciente esté preparado y es por ello que se debe seguir el tratamiento de continuación y mantenimiento (1 sesión a los 3 meses y otra a los 6 meses).

6. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO ANTIDEPRESIVO

Objeto

- Valorar la **indicación o no de tratamiento psicofarmacológico** del paciente adulto con sintomatología depresiva que acude al Centro de Salud Mental (sólo o como terapia combinada con abordaje psicológico).
- Recordar los **principios básicos del tratamiento farmacológico de la depresión** según el grado de severidad sintomatológica y afectación funcional, el curso longitudinal de la misma y otros factores determinantes.

Alcance

A todos los pacientes adultos derivados nuevos a las consultas de Psiquiatría y Psicología al CSM Villaverde que cumplan los siguientes criterios.

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años que hayan sido incluidos en el proceso de Depresión del CSM Villaverde, como se explicita en la actividad "*Plan terapéutico, manejo inicial, y devolución*".

Criterios de Exclusión

- Diagnóstico de Depresión Bipolar.
- Diagnóstico de Depresión Resistente (refractaria).

Definiciones Operativas

- **Síntomas depresivos subumbral:** al menos uno de los síntomas clave de depresión, pero sin otros síntomas asociados y/o sin un franco deterioro funcional como para cumplir los criterios diagnósticos de depresión DSM-5 o CIE-10.

- **Fases del tratamiento:**

1. **Fase aguda:** periodo inicial del tratamiento. Suele durar de **6 a 12 semanas**. El objetivo terapéutico es la resolución o remisión del episodio depresivo, la minimización o desaparición de los síntomas y la recuperación de la capacidad funcional normal.
2. **Fase de continuación:** periodo tras la remisión terapéutica, que generalmente dura de **4 a 9 meses desde la remisión**. El objetivo en esta fase es la eliminación de los síntomas residuales (cuando la remisión ha sido parcial), la consolidación de la remisión y la prevención de las recaídas (relacionadas con el mismo episodio).
3. **Fase de mantenimiento /profilaxis farmacológica antidepressiva:** en algunos pacientes se recomienda mantener el tratamiento para prevenir las recurrencias de nuevos episodios. La necesidad de tratamiento de mantenimiento viene determinada principalmente por el número de episodios previos y la presencia de síntomas residuales. La duración del tratamiento de mantenimiento es variable, pudiendo llegar a ser indefinida en algunos casos.
4. **Fase de retirada del antidepressivo:** periodo en que se procede a la disminución lenta y progresiva del antidepressivo hasta su retirada una vez finalizada su indicación clínica.

- **Evaluación de la respuesta al tratamiento antidepressivo:**

1. **No respuesta:** descenso en **menos de un 25 %** de los síntomas respecto al nivel basal (medida con la escala Hamilton para Depresión, HAM-D, o la Montgomery-Asberg, MADRS).
2. **Respuesta o mejoría parcial:** disminución de la intensidad y número de síntomas depresivos en un **25-49 % sin llegar a desaparecer o recuperar funcionalidad significativa**. Síntomas todavía evidentes.

3. **Remisión parcial:** la mayoría de los síntomas ya no son evidentes, pero aún quedan síntomas residuales. Reducción en la intensidad de los síntomas $\geq 50\%$ respecto al nivel basal.
4. **Remisión completa:** desaparición **completa o significativa** de los síntomas depresivos, con recuperación de la capacidad funcional normal **y hasta 6 meses después**. El HAM-D es menor o igual a 7 y/o la MADRS menor o igual a 10.
5. **Recuperación:** desaparición **completa y mantenida** de los síntomas depresivos **tras 6 meses de remisión**.
6. **Recaída:** reaparición o agravamiento de los síntomas depresivos **durante la remisión, dentro del mismo episodio depresivo**.
7. **Recurrencia:** reaparición de un **nuevo episodio depresivo** después de un periodo de recuperación **mínimo de 6 meses**.

6.1 Descripción Tratamiento Farmacológico en el Proceso de Depresión

Objetivos generales

- Valorar el tratamiento farmacológico antidepresivo más adecuado **en función de la intensidad de la depresión**.
- Valorar el tratamiento farmacológico antidepresivo más adecuado **en función del curso longitudinal de la depresión**.

Objetivos específicos

Según el resultado de la evaluación se procederá a lo indicado en el plan terapéutico para cada caso (ver actividad "*Plan terapéutico, manejo inicial y devolución*"):

- Evidencia síntomas depresivos subumbrales
- Diagnóstico episodio depresivo leve o moderado no psicótico
- Diagnóstico episodio depresivo moderado psicótico o grave
- Diagnóstico depresión persistente (trastorno depresivo mayor crónico / distimia)
- Diagnóstico depresión resistente

6.1.1 Principios básicos de la intervención psicofarmacológica antidepressiva

Es fundamental realizar un **diagnóstico preciso** y realizar el **diagnóstico diferencial** entre depresión y otras entidades clínicas, así como entre **tristeza y depresión** clínicamente significativa. La experiencia clínica orienta a una peor tolerancia de los antidepressivos (AD en adelante) en situaciones de tristeza no patológica (duelo no complicado u otra). El beneficio de los antidepressivos en comparación con placebo es mayor cuando aumenta la gravedad de la depresión y la intensidad de los síntomas y signos de endogeneidad depresiva, exista o no un factor desencadenante.

Los **objetivos del tratamiento farmacológico de la depresión** mayor son la minimización de los síntomas del episodio agudo, la recuperación de la capacidad funcional, la mejora de la calidad de vida, la prevención de recaídas y recurrencias y la disminución de la mortalidad por suicidio.

Es importante, para reforzar la **alianza terapéutica** y favorecer la **adherencia** al tratamiento AD, involucrar al paciente (si la intensidad de su cuadro clínico lo permite) y sus familiares cercanos en la elección del tratamiento farmacológico inicial, así como valorar la indicación y disponibilidad de otras medidas no farmacológicas (ver "*Plan terapéutico, manejo inicial y devolución*"). Informar y orientar a la **familia** como norma general y siempre que exista riesgo suicida o para la valoración de ingreso hospitalario psiquiátrico.

Explicar de forma comprensiva los **síntomas diana generales** del estado depresivo sobre los que buscar actuar el tratamiento psicofarmacológico y sobre los que no es esperable que actúe el AD (p.e. rasgos de personalidad), así como de manera sencilla el **perfil de efectos secundarios potenciales** (ponderando siempre el balance riesgo/beneficio del uso de AD, así como el riesgo del no tratamiento cuando éste es aconsejable por la intensidad del cuadro depresivo: riesgo suicidio, sobrecarga familiar, etc...).

Relacionar e integrar en lo posible el tratamiento farmacológico **con el resto de intervenciones propuestas** (p.e. la mejora sintomática del estado del ánimo, de la concentración y memoria o del sueño permite mejor trabajar psicoterapéuticamente sobre los rasgos de personalidad depresiva o una mejora en las capacidades de afrontamiento y/o resolución de problemas). Motivar la **intervención psicoeducativa** reseñada en el "*Plan terapéutico, manejo inicial y devolución*".

Hablar con el paciente de los **síntomas diana a tratar en su caso concreto**, así como del previsible alivio progresivo de los síntomas a lo largo de varias semanas (periodo de latencia).

Articular con el paciente y sus cuidadores las **medidas de protección y seguridad** según las circunstancias de cada caso (edad, riesgo suicida, comorbilidad física de riesgo que podría empeorar gravemente por la conducta depresiva: p.e. personas con diabetes o tratamientos médicos complejos que pueden abandonar su seguimiento debido a la depresión, consumo de tóxicos, etc...).

Tranquilizar sobre posibles **mitos y falsas creencias torno a los fármacos AD** (p.e. el riesgo de adicción), como se aborda sistemática en la intervención psicoeducativa reseñada en el "*Plan terapéutico, manejo inicial y devolución*".

Considerar el **perfil de interacciones farmacológicas potenciales** con el resto de fármacos que el paciente está tomando. No olvidar descartar que el paciente esté tomando otras sustancias que el paciente no considera "*tratamientos*" (p.e. ACO, productos naturales como el hipérico o Hierba de San Juan o de uso recreativo o deportivo: p..e. estimulantes, hormonas...).

Prescribir **dosis de AD efectivas** (mejor utilizar escalada de dosis al inicio) y valorar la asociación inicial de otros fármacos hasta que el efecto AD sea efectivo (p.e. ansiolítico o hipnótico).

Esperar el tiempo adecuado antes de escalar o cambiar de AD.

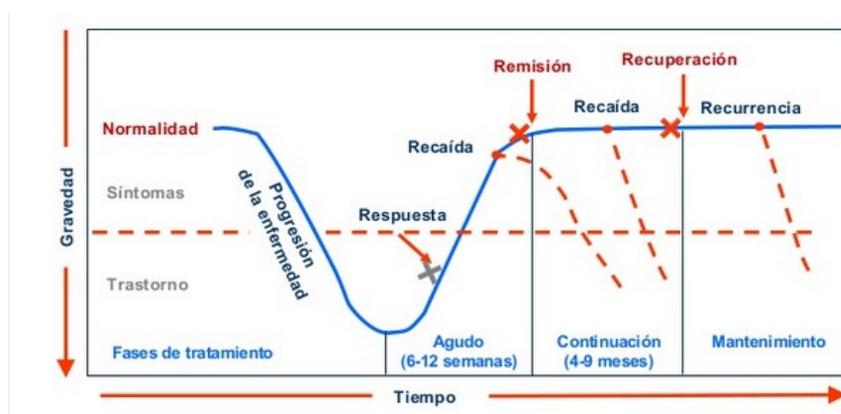
Mantener el tratamiento AD, si es el primer episodio depresivo, de **6 a 12 meses tras la resolución de la clínica**, utilizando la misma dosis a la que ha sido efectivo para el tratamiento agudo (salvo que existan razones clínicas para disminuir la dosis (p.e. efectos secundarios intolerables para el paciente)). Según las consideraciones clínicas que más adelante comentaremos, estará indicado un tratamiento de mantenimiento más prolongado e incluso indefinido en algunos pacientes.

Es importante informar y realizar la **discontinuación paulatina del fármaco AD** una vez finalizada su indicación clínica para evitar el síndrome de discontinuación asociado a la mayoría de los AD.

Según el **modelo descrito por Kupfer** (Kupfer, 1991) de la evolución de los síntomas depresivos según las distintas posibilidades de respuesta al tratamiento pautado (ver gráfico adjunta) debemos planificar distintas fases en el tratamiento:

- Fase de tratamiento agudo.
- Fase de de tratamiento de continuación.
- Fase de tratamiento de mantenimiento.
- Fase de retirada o discontinuación del tratamiento.

Modelo de Kupfer (1991)



Todo paciente depresivo al que el facultativo que evalúa inicialmente el caso se le recomiende alguna de las actividades descritas en este proceso (psicoeducación específica con Enfermería y/o psicoterapia específica y/o tratamiento psicofarmacológico y/u otra que se especifican en este proceso) **deberá anotar en el HIS que el paciente es incluido en el mismo en la HCE del paciente** (p.e. "Se incluye en PD CSM Vill" u otra abreviatura que consensuemos). **En el caso de derivación a Psiquiatría para valoración de tratamiento psicofarmacológico u otro biológico se añadirá una breve nota en el HCIS donde conste la derivación al profesional responsable** (p.e. "Se incluye en PD CSM Vill – Se deriva para valoración de tratamiento psicofarmacológico"), tratando de ser valorado al paciente en la mayor brevedad posible.

6.1.2 Tratamiento en Fase Aguda

La elección del fármaco antidepresivo, siguiendo los criterios de utilización de AD del Servicio Madrileño de Salud (actualizados según los avances y consensos científicos del momento), se basará en los siguientes principios:

- En el tratamiento inicial de la depresión mayor moderada-grave en pacientes ambulatorios **se recomiendan como primera opción los ISRS** y, en particular, las **formulaciones genéricas**.
- Como, por el momento, no se dispone de pruebas sólidas de una superioridad clínica de ningún ISRS frente a otro, la **selección del medicamento AD** se realizará, teniendo en cuenta básicamente factores como: edad, seguridad y perfil de efectos secundarios, enfermedades comórbidas, medicaciones concomitantes e interacciones farmacológicas potenciales, facilidad de uso (p.e. frecuencia de administración), antecedentes de buena respuesta en episodios depresivos previos (tanto del paciente como de familiares de primer rango), preferencias del paciente, así como el coste a igualdad de efectividad.

- Los antidepresivos tricíclicos e IMAOs **no** se consideran de elección como tratamiento inicial de la depresión moderada-grave en pacientes ambulatorios al no aportar ventajas en eficacia frente a los ISRS y ser su perfil de seguridad es menos favorable.
- Una puesta al día basada en la evidencia se actualiza frecuentemente en el documento de UpToDate ***Unipolar major depression in adults: choosing initial treatment***. En: www.uptodate (gratuito para profesionales del AGCPSM a través de la biblioteca virtual del 12 de octubre: <https://cendoc.h12o.es/blog> y descargable desde la app de Docencia del hospital).
- Los **nuevos antidepresivos** más recientemente comercializados **no** se consideran de elección como tratamiento inicial de la depresión moderada-grave en pacientes ambulatorios al no aportar ventajas clínicas claras frente a los ISRS o duales y otros con más evidencia acumulada y ser su coste económico superior. Pero en Atención Especializada son lógicamente los fármacos a considerar tras ensayar estos otros. Puede consultarse en nuestra web el "*Documento del AGCPSM sobre manejo clínico y uso eficiente de antidepresivos en Atención Especializada*" (Cuadernos de Salud Mental del 12 – nº 13) y actualizaciones recientes.
- En la selección del antidepresivo más adecuado en los **ancianos** juegan un papel importante las diferencias en la incidencia de las distintas reacciones adversas, así como la comorbilidad y el uso concomitante de otros medicamentos. Pueden considerarse de elección Citalopram y Sertralina, ya que presentan pocas interacciones y están más experimentados en pacientes con problemas cardíacos. Se recuerdan las restricciones de dosis del Citalopram y Escitalopram en mayores de 65 años por el riesgo de alargamiento del QT.
- En **niños (a partir de 8 años) y adolescentes** con depresión el único antidepresivo que presenta una relación beneficio/riesgo favorable es Fluoxetina.

- En el **embarazo** y la **lactancia**, la recomendación general es emplear medidas no farmacológicas. En caso de recurrir a antidepresivos, hay que realizar una valoración individualizada de la relación beneficio/riesgo.
- Para información sobre **interacciones farmacológicas**: <https://psiquiatria.com/interacciones> .
- Para información telefónica sobre **riesgo teratígeno de psicofármacos**: <http://www.fundacion1000.es/sitte> (web del SITTE: SITTE Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español).
- Para información sobre **compatibilidad de cualquier fármaco con la lactancia materna**: www.e-lactancia.org (web del Servicio de Pediatría del Hospital de Denia).
- Durante las primeras semanas desde el inicio del tratamiento antidepresivo debe intensificarse el **seguimiento de los pacientes, especialmente en los jóvenes y los pacientes con alto riesgo de suicidio**. Puede ser útil la administración de benzodiazepinas a corto plazo hasta que el AD vaya desplegando su efecto clínico.
- Si después de 3-4 semanas no se ve ninguna respuesta está indicado (una vez verificado que el cumplimiento del tratamiento es el adecuado) el aumento de dosis.

Seguimos a continuación las recomendaciones de la guía NICE (2009) según la intensidad del cuadro depresivo.

- **Síntomas depresivos subumbral:**

La NICE **no** recomienda tratamiento farmacológico antidepresivo para los síntomas depresivos subumbral, dado el pobre balance beneficio-riesgo. La práctica clínica habitual indica que los fármacos AD son poco efectivos y mal tolerados para la tristeza no patológica.

- **Depresión Leve:**

No se recomienda el uso rutinario de antidepresivos para tratar depresión leve de reciente comienzo dado el pobre beneficio-riesgo, pero **podría ser una estrategia a considerar** en pacientes con:

- historia previa de episodios depresivos moderados o severos (en especial si hay historia de buena respuesta al AD y/o antecedentes de ideación/conducta suicida)
- sintomatología subumbral o leve persistente durante un largo periodo de al menos dos años,
- sintomatología subumbral o leve que persiste después de otras intervenciones no farmacológicas iniciales
- o si hay comorbilidad con patologías médicas o problemas psicosociales asociados a altos niveles de estrés crónico, ansiedad, insomnio, dolor u otro síntoma diana sobre los que también actúan los fármacos antidepresivos.

- **Depresión Moderada y Grave**

La NICE recomienda **tratamiento farmacológico AD** para los síntomas depresivos moderados o graves y la distimia, **junto a intervenciones psicológicas de alta intensidad** (TCC o TIP) cuando éstas estén indicadas y sean posibles de aplicar (tanto por la motivación y capacidades del paciente como por la oferta asistencial del servicio de salud).

- **Depresión Resistente**

En casos de ausencia o mala respuesta al tratamiento AD inicial tras esperar el periodo de latencia mínimo, se aconseja:

- Comprobar de la manera más objetiva posible (p.e. con información de terceros fiables, vigilancia de la toma del AD o verificación de niveles de AD en sangre cuando ello sea posible) la **adherencia real** del paciente al tratamiento prescrito.
- Comprobar la **tolerancia al AD** prescrito e **interacciones farmacológicas** existentes
- Aumentar la frecuencia del **seguimiento**
- Descartar toma de **medicamentos, tóxicos u otras sustancias con efecto depresógeno** (incluyendo ACO, sustancias naturales o de uso recreativo o deportivo)
- Descartar **causas biológicas** como problemas endocrinos, neurológicos u otros
- Reevaluar periódicamente el **diagnóstico de depresión**, así como la influencia negativa persistente de otros **factores psicosociales y de factores caracteriales**
- Reevaluar la **indicación de psicoterapia y/o adherencia** al abordaje psicoterapéutico ya en curso.

Una vez confirmada la resistencia real al tratamiento AD inicial se aconseja poner en marcha las distintas estrategias farmacológicas descritas en la literatura

- **Optimización** del tratamiento antidepresivo a las dosis máximas efectivas toleradas por el paciente,
- **Cambio a otro AD** con mecanismo de acción diferente (p.e. AD dual tras uso de ISRS),
- **Combinación** de antidepresivos con mecanismo de acción complementarios (p.e. Venlafaxina y Mirtazapina) o con otros fármacos (p.e. Fluoxetina y dosis bajas Olanzapina, AD junto a dosis bajas de Aripiprazol)
- y **otras estrategias de potenciación** con dosis bajas de litio, hormona tiroidea u otras pautas recogidas en la literatura.

Una vez estabilizado el paciente y conseguida la remisión de la sintomatología depresiva con el tratamiento agudo, **el psiquiatra del CSM valorará que el tratamiento de continuación sea seguido por su Médico de Atención Primaria (MAP)**, con las indicaciones precisas pautadas en el HCIS firmado. Tras el tratamiento de continuación el MAP puede volver a derivarlo al mismo psiquiatra que inició el tratamiento agudo **para valorar tratamiento de mantenimiento o retirada del AD.**

En las depresiones graves resistentes al tratamiento farmacológico, en especial si hay alto riesgo suicida o contraindicación relativa de AD (embarazo, ancianos...) se valorará la **indicación de las otras terapias biológicas no farmacológicas disponibles** en nuestro Servicio: TEC y EMTC (ver proceso del AGCPSM "**Depresión Resistente**").

Para facilitar la actualización de conocimientos psicofarmacológicos de los profesionales del AGCPSM existen varios documentos de consulta tanto en la intranet de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid ² como a través de la Biblioteca Virtual del Hospital 12 de Octubre ³. De especial interés práctico:

- **UpToDate** (www.uptodate.com): actualizaciones frecuentes de distintos temas de interés clínico, como por ejemplo:
 - *Unipolar depression in adults and initial treatment: General principles and prognosis*
 - *Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment*
 - *Unipolar depression in adults: Continuation and maintenance treatment*
 - *Unipolar depression in adult primary care patients and general medical illness: Evidence for the efficacy of initial treatments*
 - *Unipolar depression in adults and initial treatment: Investigational approaches*
- **Guías NICE** (<https://www.nice.org.uk>)
 - *Depression in adults: recognition and management* (2009). En:

² <https://saluda.salud.madrid.org/nuevaformacion/Biblioteca%20virtual/Paginas/default.aspx>

³ <https://cendoc.h12o.es/blog>

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>

- *Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management.* En: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>

- **CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: section 3. Pharmacological Treatments** ([Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments \(CANMAT\) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder \(cmh.org\)](#)) (Kennedy, y otros, 2016)

- **Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto del Ministerio de Sanidad y Consumo-** En: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

- **Criterios de uso de antidepresivos en pacientes con depresión mayor** (Comunidad de Madrid. En: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCriterios+N2_01_2012.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883657828&ssbinary=true)

- **Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria.** Actualización 2015 (Comunidad de Madrid. En: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17808>)

- **Documento del AGCPSM sobre manejo clínico en uso eficiente de antidepresivos en atención especializada** (Cuadernos de Salud Mental del 12 – N°13) En: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria> (Docencia - Publicaciones) Agüera Ortiz L et al.

- **Documento del AGCPSM sobre manejo clínico y uso eficiente de antidepresivos en Atención Especializada.** Cuadernos de Salud Mental del 12 (2016). Número 13. En:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria> (Docencia - Publicaciones). (Agüera, y otros, 2016)

6.1.3 Tratamiento en Fase de Continuación

Se realiza tratamiento de continuación para evitar la recaída (NICE 2009):

- En pacientes que hayan tenido un solo episodio depresivo mantener **al menos 6 meses** el tratamiento AD (tras la recuperación sintomática). Algunos autores recomiendan entre 9 y 12 meses.
- Si el paciente ha tenido al menos dos episodios previos de depresión y empeoramiento funcional: mantener el tratamiento AD **al menos 2 años**. Algunos autores recomiendan de 1 a 3 años.

Otros motivos para mantener un tiempo más prolongado el tratamiento de continuación (de 1 a 3 años) sería en pacientes con alto riesgo de recurrencia debido a factores como el **maltrato o estrés crónico durante la infancia** (abuso físico o sexual, negligencia, violencia o disfunción familiar crónica), **comienzo precoz de la depresión unipolar** (p.e. entre los 18 y los 21 años de edad), presencia de **síntomas depresivos residuales** (principalmente trastornos del sueño y/o ideación suicida), comorbilidad de **trastornos de ansiedad, cogniciones depresivas significativas** como desesperanza o rumiaciones obsesivoides y/o **estrés o deterioro psicosocial** (p.e. conflicto conyugal grave o incapacidad para trabajar).

Es aconsejable **mantener la misma dosis a la que se produjo la respuesta clínica** durante este periodo (disminuirla si existen efectos adversos inaceptables por el paciente).

6.1.4 Tratamiento en Fase de Mantenimiento

El riesgo de recurrencia de la depresión mayor es elevado. Así, se ha estimado que la mitad de los pacientes tienen un nuevo episodio de depresión después de sufrir el primero, el 70% después de dos y hasta el 90% después de tres episodios.

En la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto del Ministerio de Sanidad y Consumo se adopta la recomendación del NICE de continuar el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses tras la remisión del episodio y en ese momento valorar la posibilidad de prolongarlo teniendo en cuenta el número de episodios previos y la presencia de síntomas residuales. Más concretamente la Guía del Ministerio de Sanidad español aconseja que el tratamiento antidepresivo debe mantenerse:

- En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, **al menos 12 meses tras la remisión.**
- En pacientes con más de 2 episodios previos, **al menos durante 24 meses tras la remisión.**

La dosis del fármaco empleado durante la fase de continuación o mantenimiento debe ser **similar a aquella con la que se consiguió la remisión** (salvo si existen problemas de tolerancia inaceptables para el paciente).

Una vez estabilizado el paciente y conseguida la remisión de la sintomatología depresiva con el tratamiento AD en la fase aguda **el psiquiatra del CSM valorará la conveniencia de que el tratamiento AD de continuación sea seguido por parte de su MAP** con las recomendaciones precisas escritas en el informe firmado en HCIS correspondiente.

Tras el tratamiento en fase de continuación y antes de haber pasado un año el MAP le indicará al paciente que acuda a solicitar cita de revisión **con el mismo psiquiatra que inició el tratamiento en fase aguda para reevaluar su indicación o retirada.**

Una puesta al día basada en la evidencia se actualiza frecuentemente en el documento de UpToDate **Unipolar major depression in adults: continuation and maintenance treatment**. En: www.uptodate (gratuito para profesionales del AGCPSM a través de la biblioteca virtual del 12 de octubre: <https://cendoc.h12o.es/blog>).

6.1.4 Retirada del tratamiento antidepresivo

En general, los antidepresivos deben **suspenderse paulatinamente a lo largo de un periodo de 2-4 semanas aproximadamente** (aunque algunas personas y algunos fármacos – como Venlafaxina o Paroxetina – a veces requieren un tiempo más prolongado de retirada). Su suspensión brusca puede asociarse con la aparición del **síndrome de discontinuación o retirada**. Estos síntomas normalmente son leves y se resuelven solos, pero en ocasiones pueden llegar a ser graves y precisar la readministración del antidepresivo o de otro de mayor vida media y su posterior suspensión.

El síndrome de retirada puede ocurrir al suspender el medicamento, pero también al reducir las dosis o ante el olvido involuntario de dosis por parte de paciente.

El riesgo de síndrome de retirada aumenta en las siguientes situaciones:

- Con antidepresivos de vida media corta como Paroxetina y Venlafaxina.
- En pacientes que no toman el antidepresivo de forma regular y suelen olvidar algunas dosis.
- Cuando el tratamiento se ha mantenido durante más de 6-8 semanas.
- En pacientes que toman otros fármacos de acción central.
- En pacientes que desarrollan síntomas de ansiedad al iniciar el tratamiento antidepresivo.
- En niños y adolescentes.
- En pacientes que ya han experimentado síntomas de retirada.

Fluoxetina tiene un riesgo bajo de síndrome de retirada, debido a la larga vida media de su metabolito activo. Por ello, la reducción paulatina de la dosis es innecesaria en la mayoría de los pacientes.

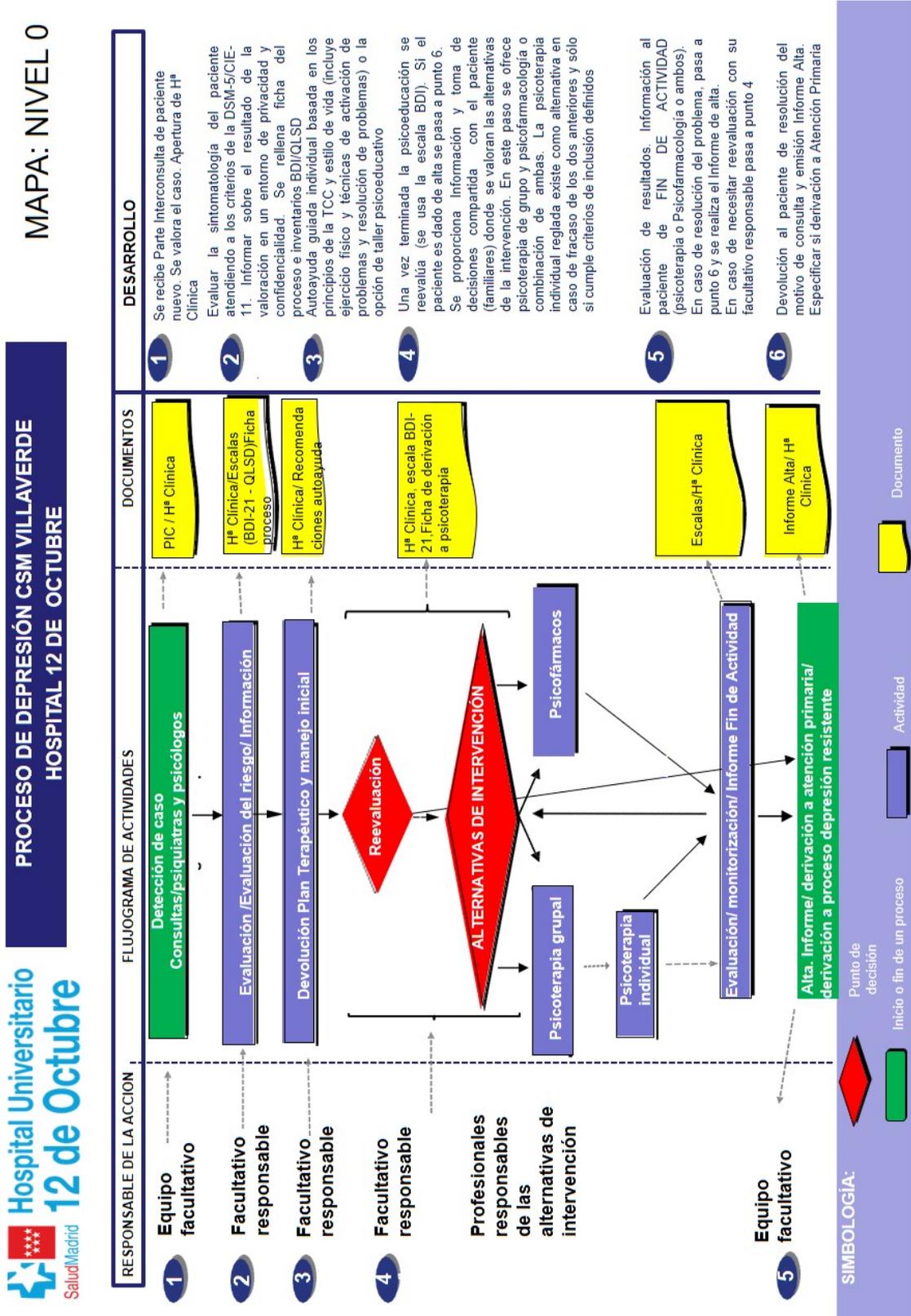
BIBLIOGRAFÍA

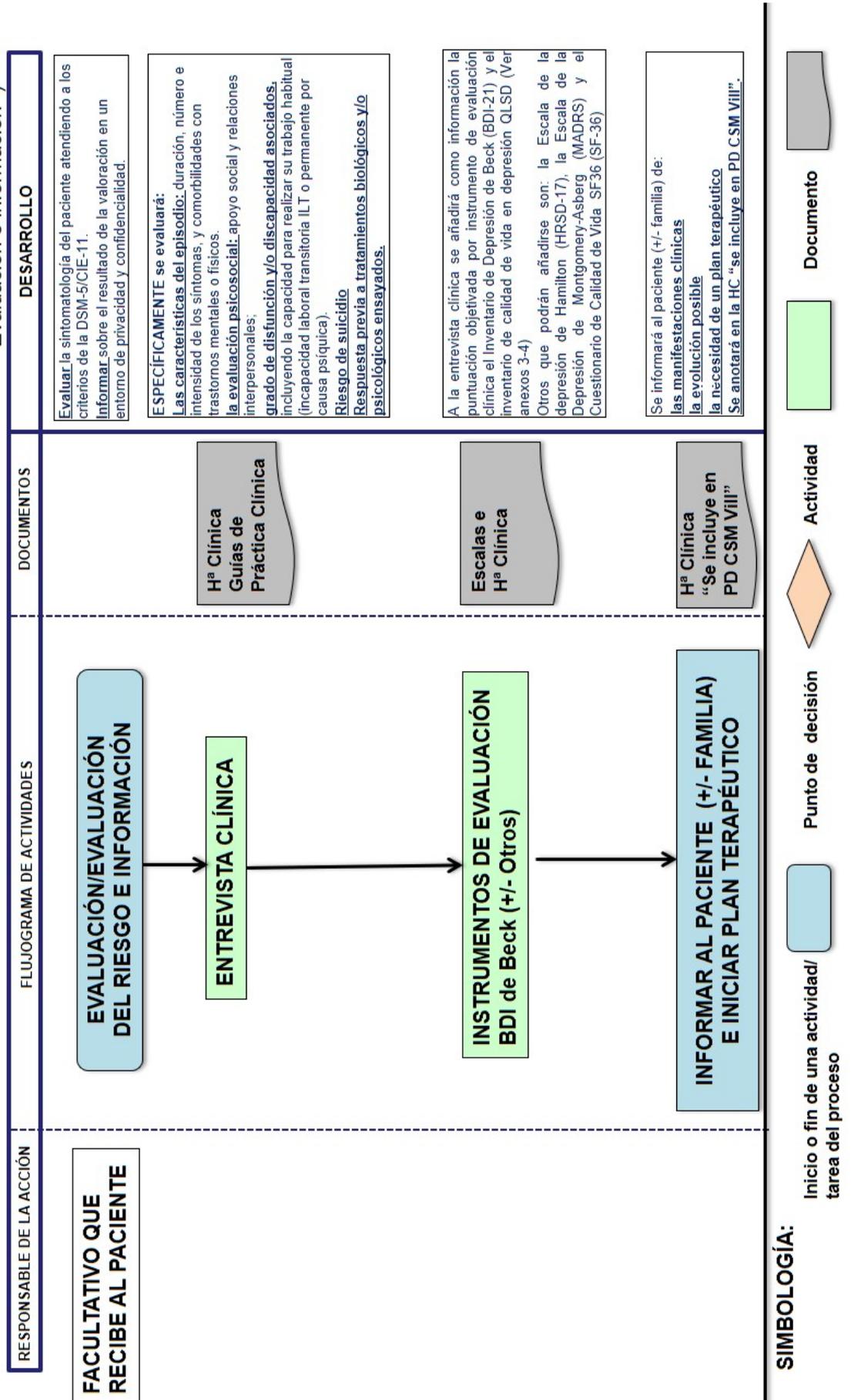
- Agüera, L., Cano, P., Holgado, P., García, C., López, J., Marín, M., Soria, E. y Vega, S. (2016). Documento del AGCPSM sobre manejo clínico y uso eficiente de antidepresivos en atención especializada. *Cuadernos de Salud Mental del 12* (13).
- Aragonés, E., Lopez-Cortacans, G., Badia, W., & Piñol, J. (2011). Abordaje psicoeducativo de la depresión en atención primaria. El modelo INDI. *Metas de Enfermería*, 62-67.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta Edición. Arlington: Médica Panamericana.
- Baul, J., Teresa, F., Kraemer, S., REntrop, M., & Ptschel-Waltz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1-S9.
- Beck, A., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Carrillo, A., Blanca, R., Argudo, I., & Ruiz, R. L.-I. (2012). Proceso clínico de los Trastornos Depresivos en Psiquiatría. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31-40.
- Cervera, S., Raminéz, N., Giralá, N., & McKenna, S. (1999). The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale (QLDS). *European Psychiatric*.
- Colom, F., & Dominic, L. (2). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 359-364.
- Colom, F., & Lam, D. (2005). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 359-364.
- Colom, F., Vieta, E., & Martínez, A. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in Bipolar Patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60.
- Cuijper, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & David, E. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review*, 30(3), 279-293.
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M., Ravirz, P., & Cristea, I. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems. A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 680-687.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, relapse, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30(3), 270-293.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.

- Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P. et al (2016). Guidelines for Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 540-560.
- Kupfer, D. (1991). Long-term treatment of depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 28-34.
- Lemmens, L., van Bronswijk, S., Peeters, F., Arntz, A., Hollon, S., & Huibers, M. (2018). Long-term outcomes of acute treatment with cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for adult depression: follow - up of randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-19.
- Makoul, G., & Clayman, M. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 301-3112.
- McCullough Jr, J., Schramm, E., & Penberthy, K. (2014). CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent Depressive Disorder. London: Routledge.
- McCullough, J. (2004). Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual (CBASP). Manual Moderno.
- McCullough. Jr, J. (2006). Treating chronic depression with disciplined personal involvement: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). Springer.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2009). Depression in adults: Recognition and management. Recuperado el 2021, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades.
- Scocco, P., & Toffol, E. (2008). Psychothérapie interpersonnelle de groupe: une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 105-131.
- Scocco, P., & Toffol, E. (2018). Psychothérapie interpersonnelle de groupe: une revue de littérature. *Santé Mentale au Québec*, 33(2), 105-131.
- SEMERGEN: Área de Salud Mental. (2006). *Depresión y Ansiedad. Documentos clínicos SEMERGEN*. Madrid: EDICOMPLET.
- Servicio Andaluz de Salud. (2013). Guía de Autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. Servicio Andaluz de Salud, Conserjería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Servicio Andaluz de Salud. (s.f.). *Guía para la depresión y los trastornos de Ansiedad*. Obtenido de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/guia-de-autoayuda-para-la-depresion-y-los-trastornos-de-ansiedad>
- Unidad de evaluación de Tecnologías Sanitarias. . (2006). Guía práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Guías de práctica clínica en el Servicio Nacional de Salud.
- Vos, T., Barber, R., Bertozzi-Villa, A., Blukov, S., Bolliger, I., & Murray, C. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *The Lancet*, 743-800.
- Weissman, M., Markowitz, J., & Klerman, G. (2018). The guide to interpersonal Psychotherapy. Oxford: Oxford University Press.
- Wilfley, D., MacKenzie, K., Welch, R., Ayres, V., & Weissman, M. (2000). Interpersonal Psychotherapy for Group. New York: Basic Book.
- World Health Organization and Columbia University. (2016). Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression (WHO generic field-trial version 1.0). Genova.
- Zubias, M. (2007). Psicoeducación a familias de pacientes con esquizofrenia en una unidad de hospitalización breve. *Metas Enfermería*.

ANEXOS

ANEXO 1. Mapas Proceso Depresión CSM Villaverde



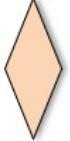


SIMBOLOGÍA:

Inicio o fin de una actividad/
tarea del proceso



Punto de decisión

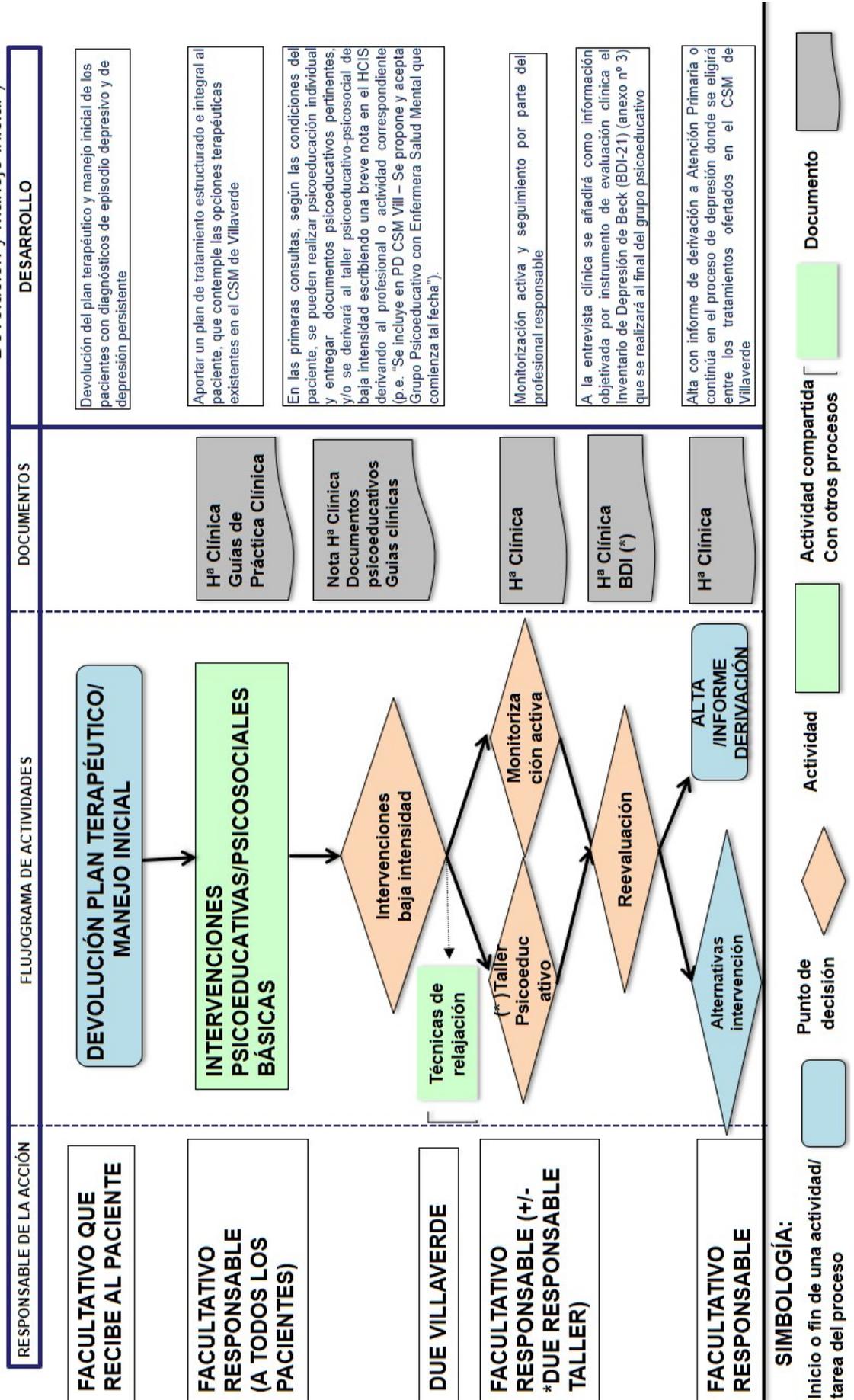


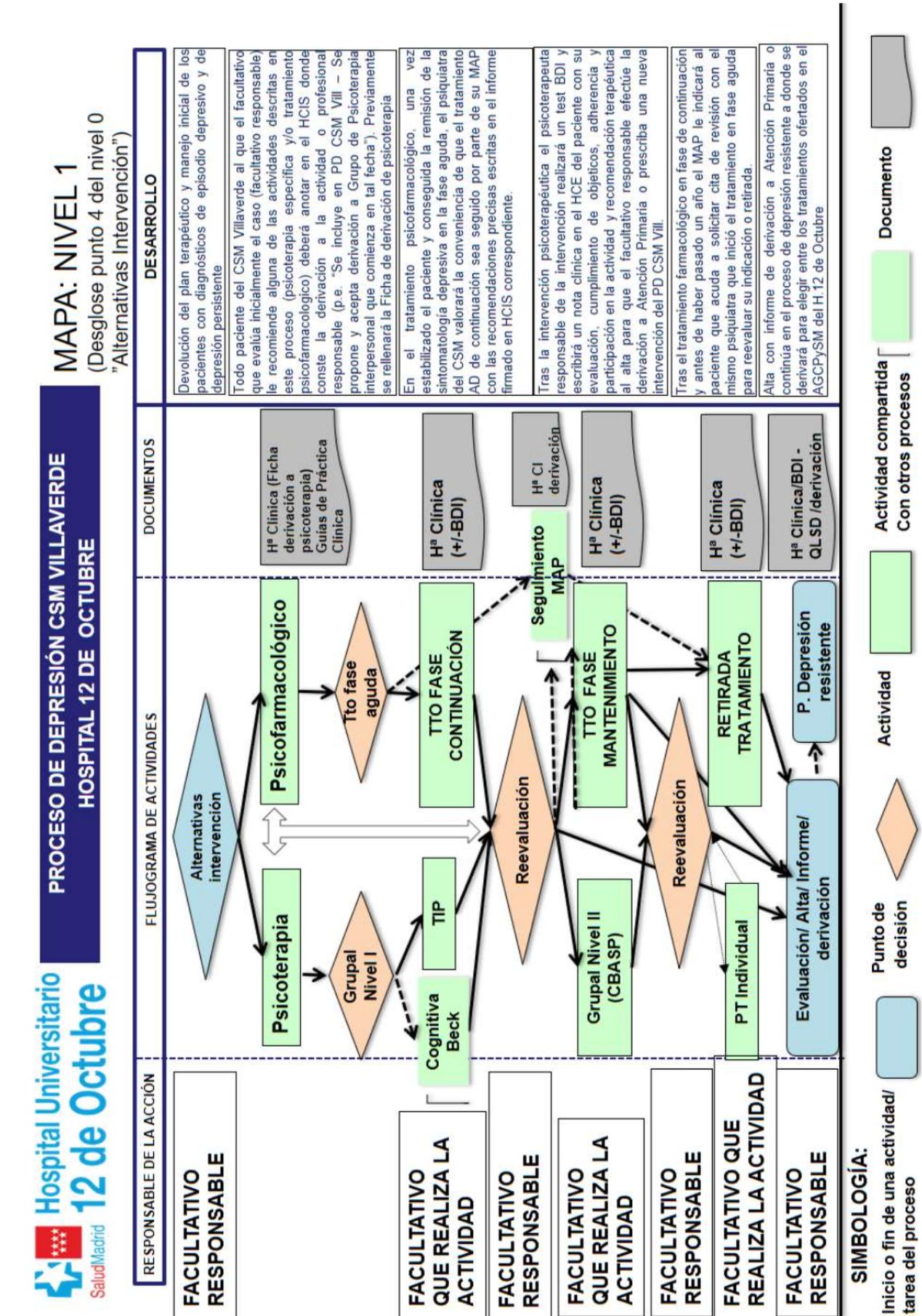
Actividad



Documento







ANEXO 2. Ficha paciente proceso Depresión CSM Villaverde

FICHA PACIENTE PROCESO DEPRESIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CASO	
Nombre:	Fecha: ___/___/___
Nº HCE:	Profesional de referencia:
El profesional de referencia pauta tratamiento farmacológico? (Si/NO) / Deriva a otro recurso? (Si/No)	
A qué recurso: ___ Psicología / ___ Psiquiatría / ___ Enfermería (grupo)	
Datos sociodemográficos	
EDAD	INICIO ULTIMO EPISODIO
SEXO	0. de 1 a 6 meses
0. Masculino	1. de 6 meses a 1 año
1. Femenino	2. más de 1 año
Estado Civil	ANTECEDENTES FAMILIARES TRT. AFECTIVOS
0. Soltero	0. Sin antecedentes
1. Casado/Pareja	1. Padre (y/o) Madre
2. Separado/ Divorciado	2. Hermano(s)
3. Viudo	3. hermanos y padres
4. No consta	IDEACIÓN SUICIDA
Convivencia	0. NO
0 Solo	1. SI
1. Familia de origen	INTENTOS AUTOLÍTICOS
2. Familia Propia	0. NO
3. Casa compartida	1. SI
4. Institución	Nº INTENTOS AUTOLÍTICOS:
5. No consta	
Situación Laboral	Area Problemática IPT
0. Desempleado	1. DUELO
1. ILT (Baja)	0. Ausente
2. Incapacidad Laboral	1. Presente
3. Jubilación	2. Presente complicado
4. En activo	Relación fallecido.
5. Ama de casa	Fecha pérdida.
6. Estudiante	Meses desde pérdida e inicio depresión
7. No consta	2. DISPUTA INTERPERSONAL
HUJOS	0. Ausente
0. NO	1. Presente
1. Si	Tema Predominante
Datos Clínicos Depresión	0. Autoridad - dominio
Numero de episodios anteriores:	1. Dependencia
Edad primer episodio	2. Problema sexual
Tratamientos previos	3. Crianza de los hijos
0. No	4. Separación
1. Psicofarmacológico	5. Transgresión
2. Psicoterapia Individual	
3. Psicoterapia grupal	
4. Farma+psicoterapia	

FICHA PACIENTE PROCESO DEPRESIÓN

Area Problemática IPT	
3. TRANSICIÓN DE ROL	
<input type="checkbox"/>	0. Ausente
<input type="checkbox"/>	1. Presente
Tema rpredominante transición de rol	
<input type="checkbox"/>	0. Cambio habitacional
<input type="checkbox"/>	1. matrimonio / convivencia
<input type="checkbox"/>	2. separación / divorcio
<input type="checkbox"/>	3. graduación / nuevo trabajo
<input type="checkbox"/>	4. pérdida de empleo / jubilación
<input type="checkbox"/>	5. problema de salud
<input type="checkbox"/>	6. otro (especificar)
4. DÉFICIT INTERPERSONAL	
<input type="checkbox"/>	0. Ausente
<input type="checkbox"/>	1. Presente
Tema predominante DÉFICIT INTERPERSONAL	
<input type="checkbox"/>	0. evitativo
<input type="checkbox"/>	1. dependiente
<input type="checkbox"/>	2. masoquista
<input type="checkbox"/>	3. esquizoide
<input type="checkbox"/>	4. carece de habilidades sociales
<input type="checkbox"/>	5. otro (especificar)

Clasifique las áreas de problemas interpersonales marcadas como "presentes" en orden de su impacto aparente en el estado de ánimo del sujeto (1 = más importante, 2 = importancia secundaria, 3 = menos importante):	
<input type="checkbox"/>	DUELO
<input type="checkbox"/>	DISPUTA
<input type="checkbox"/>	TRANSICIÓN
<input type="checkbox"/>	DÉFICIT

¿Qué áreas problemáticas usaría para formular un contrato de tratamiento con el sujeto? (Marque hasta 2)	
<input type="checkbox"/>	DUELO
<input type="checkbox"/>	DISPUTA
<input type="checkbox"/>	TRANSICIÓN
<input type="checkbox"/>	DÉFICIT

Comentarios:

ANEXO 3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Nombre: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: A continuación, se expresan varias afirmaciones posibles en cada uno de los 21 apartados. Marque con una cruz el círculo delante de la afirmación o frase que mejor refleje su situación actual (última semana). Asegúrese de leer todas las afirmaciones antes de elegir.

<p>1. Estado de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos<input type="radio"/> No me encuentro triste<input type="radio"/> Me siento algo triste y deprimido<input type="radio"/> Ya no puedo soportar esta pena<input type="radio"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
<p>2. Pesimismo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro<input type="radio"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas<input type="radio"/> No soy especialmente pesimista ni creo que las cosas me vayan a ir mal<input type="radio"/> No espero nada bueno de la vida<input type="radio"/> No espero nada, esto no tiene sentido
<p>3. Sentimientos de fracaso</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)<input type="radio"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente<input type="radio"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan a pena<input type="radio"/> No me considero fracasado<input type="radio"/> Veo mi vida llena de fracasos
<p>4. Insatisfacción</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ya nada me llena<input type="radio"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo<input type="radio"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía<input type="radio"/> No estoy especialmente insatisfecho<input type="radio"/> Estoy harto de todo
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> A veces me siento despreciable y mala persona<input type="radio"/> Me siento bastante culpable<input type="radio"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable<input type="radio"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable<input type="radio"/> No me siento culpable
<p>6. Sentimientos de castigo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Presiento que algo malo me puede suceder<input type="radio"/> Siento que merezco ser castigado<input type="radio"/> No pienso que esté siendo castigado<input type="radio"/> Siento que me están castigando o me castigarán<input type="radio"/> Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardeo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ANEXO 4. Escala de Calidad de Vida para la Depresión



ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA LA DEPRESIÓN

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor, piense en **cómo se siente en este momento**. A continuación lea las siguientes cuestiones. Cada cuestión tiene dos respuestas posibles. Marque la respuesta con la que más se identifique.

Si no está seguro, señale la respuesta que más se parezca a cómo se siente usted **en este momento**.

Por favor, asegúrese de contestar todas las cuestiones.

1. Sólo quiero que pase el tiempo	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
2. Tengo esperanza en el futuro	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
3. Me cuesta mantener una conversación	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
4. Me gusta estar al corriente de las cosas	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
5. Siento que mi vida se está perdiendo	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
6. Siento como si no controlara mi vida	Verdadero	<input type="checkbox"/>
	Falso	<input type="checkbox"/>
7. Me cuesta salir de casa	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
8. En general disfruto con lo que hago	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
9. Le he perdido el gusto a la vida	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
10. Siento que no apporto nada a los demás	Verdadero	<input type="checkbox"/>
	Falso	<input type="checkbox"/>
11. No puedo abrirme a la gente que quiero	Verdadero	<input type="checkbox"/>
	Falso	<input type="checkbox"/>
12. Atiendo a mis necesidades (Aseo, alimentación descanso, etc.)	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
13. Soy capaz de pensar en el futuro	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
14. Sólo quiero pasar desapercibido/a	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
15. Hay cosas que me ilusionan	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
16. Ya no me divierte nada	Verdadero	<input type="checkbox"/>
	Falso	<input type="checkbox"/>
17. No me ocupo de mis amigos	Verdadero	<input type="checkbox"/>
	Falso	<input type="checkbox"/>
18. No me cuesta hacer mis tareas diarias	Verdadero	<input type="checkbox"/>
	Falso	<input type="checkbox"/>

Servicio de psiquiatría-AGCPSM. H.U.12 de Octubre. CSM Villaverde.

19. Me aíso de la gente	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
20. Me cuesta decidir hasta en lo más sencillo	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
21. Me siento una carga para los demás	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
22. La mayor parte del tiempo estoy como ausente, con la mirada perdida	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
23. Me cuesta el trato con los demás	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
24. Me encierro en mí mismo/a	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
25. Descuido mi aspecto	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
26. Puedo ver el lado divertido de las cosas	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
27. No me entero de lo que dice la gente	Verdadero	<input type="checkbox"/>
	Falso	<input type="checkbox"/>
28. Creo que decepciono a todo el mundo	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
29. Me agobia cada nuevo día	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
30. Disfruto de la comida	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
31. Trato de evitar a la gente	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
33. Mi vida no tiene sentido	Verdadero	<input type="checkbox"/>
	Falso	<input type="checkbox"/>
34. Soy capaz de afrontar los problemas cotidianos	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

ANEXO 5. Criterios diagnósticos de referencia

Criterios Diagnósticos de referencia Episodio Depresivo mayor DSM-5

Atendiendo al **DSM-5** (APA, 2014), el diagnóstico de episodio depresivo requiere que se cumplan los siguientes tres criterios:

1. Criterio sintomatológico:

Presencia de al menos uno de los dos síntomas nucleares de la depresión:

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades.

Presencia de al menos tres (o cuatro si solo está presente un síntoma nuclear) de los siguientes síntomas cognitivos, comportamentales o neurovegetativos:

- Pérdida importante de peso (no debida a dieta o a causa física conocida), aumento de peso o disminución del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotriz
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, que puede llegar a ser delirante.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio plan específico para realizarlo.

2. Criterio temporal:

Los síntomas han estado presente la mayor parte del día, casi todos los días, durante el mismo periodo de dos semanas.

3. Criterio funcional:

Como consecuencia se ha producido un cambio en el funcionamiento previo (causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento)

El diagnóstico definitivo requiere, además, que se excluya la existencia de condiciones físicas o tratamientos farmacológicos a los que se pueda atribuir la presencia de estos síntomas, así como del uso de sustancias u otros trastornos mentales que justifiquen su presencia (p.e. trastorno adaptativo, distimia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, síntomas negativos de la esquizofrenia, consumo de sustancias, etc.).

Teniendo en cuenta el número de síntomas presentes, su gravedad y el impacto en el funcionamiento, el episodio depresivo puede clasificarse en:

- **Leve:** Pocos o ningún síntoma de los imprescindibles para realizar el diagnóstico, que producen malestar manejable y poco impacto en el funcionamiento habitual de la persona.
- **Moderado:** Cuando las características se encuentran entre las descritas para leve y grave.
- **Grave:** bastantes o muchos más síntomas de los imprescindibles para realizar el diagnóstico, que producen un malestar no manejable y que impactan notablemente en el funcionamiento habitual de la personal

A todo ello, se indica que el episodio depresivo puede tener una serie de **especificadores** o características añadidas, a saber:

- **Características melancólicas:** pérdida de placer, falta de reactividad del estado de ánimo, ánimo vacío, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida importante de peso, culpa excesiva o inapropiada, etc...
- **Características atípicas:** reactividad del estado de ánimo, aumento notable del apetito, hipersomnias, sensibilidad al rechazo personal, etc...

- **Características psicóticas:** presencia de delirios o alucinaciones.
- **Otras características:** con ansiedad, catatonia.

Criterios Diagnósticos de referencia Episodio Depresivo mayor CIE-11

Por otra parte, atendiendo a la **CIE-11** (Organización Mundial de la Salud, 2018), el diagnóstico de episodio depresivo es muy similar al que señala el DSM-5, lo cual implica que se cumplan los criterios: **sintomatológico, temporal** y **funcional**. Sin diferencia alguna en los criterios temporal y funcional de la clasificación DSM 5. Con relación al **criterio sintomatológico**, los síntomas característicos de la depresión son clasificados en tres grupos: afectivo, cognitivo-conductual y neurovegetativo.

Criterio sintomatológico:

Presencia simultánea de al menos cinco de los síntomas característicos de la depresión.

Al menos uno de los dos síntomas del **grupo afectivo**.

Grupo afectivo de síntomas incluye:

- Estado de ánimo depresivo
- Marcada disminución del interés o placer por actividades. Pueden incluir una reducción en el deseo sexual.

Grupo cognitivo-conductual de síntomas incluye:

- Reducción en la capacidad de concentrarse, mantener la atención o una marcada indecisión.
- Creencias de baja autoestima o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Desesperanza acerca del futuro.
- Pensamientos de muerte recurrentes.

El **grupo neurovegetativo** de síntomas incluye:

- Alteración significativa del sueño.
- Cambios significativos en el apetito o en el peso.
- Signos de agitación o retardo psicomotor.
- Reducción de anergia, fatiga, o marcado cansancio tras el desgaste producido por un mínimo esfuerzo

Se indica que en algunas personas, el componente anímico de un episodio depresivo puede ser experimentado y expresado como:

- Irritabilidad o como una ausencia de la experiencia emocional
- Síntomas corporales (p.e. dolor difuso o más o menos localizado)

Se destaca que los episodios depresivos **pueden asociarse** con:

- Incremento en el consumo de alcohol y otras sustancias
- Exacerbación de síntomas psicológicos pre-existentes (p.e., fobias o síntomas obsesivos)
- intensificación de preocupaciones somáticas.

Al igual que en el DSM-5, el diagnóstico definitivo requiere que se excluya que los síntomas no son una manifestación de otro trastorno o enfermedad o debidos al efecto de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso, incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia.

La **clasificación de gravedad** de los episodios depresivos en la **CIE-11**, sigue iguales directrices que en el DSM-5 y atiende al número de síntomas presentes, su gravedad y el impacto en el funcionamiento, pero en los niveles moderado y grave diferencia dos grupos: con y sin síntomas psicóticos.

- **Leve:** ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. La persona está usualmente angustiado por los síntomas y tiene algunas dificultades para continuar funcionando en el ámbito personal, familiar, social, educativo, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento. No hay delirios o alucinaciones durante el episodio.

- **Moderado:**
 - **Sin síntomas psicóticos:**
 - Varios síntomas están presentes en un grado notable o están presentes un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad global.
 - Dificultades para continuar funcionando en el ámbito personal, familiar, social, educativo, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - No hay delirios o alucinaciones durante el episodio.
 - **Con síntomas psicóticos:** Igual en todo al nivel anterior, excepto que hay delirios o alucinaciones durante el episodio
- **Grave:**
 - **Sin síntomas psicóticos:**
 - Muchos o la mayoría de los síntomas están presentes en un grado notable o un menor número de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso
 - La persona es incapaz de funcionar en el ámbito personal, familiar, social, educativo, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento, excepto en un grado muy limitado.
 - No hay delirios o alucinaciones durante el episodio
 - **Con síntomas psicóticos:** Igual en todo al nivel anterior, excepto que hay delirios o alucinaciones durante el episodio

Además, los episodios depresivos en la CIE-11 se clasifican atendiendo a su **grado de remisión:**

- **Episodio depresivo en remisión parcial:** significa que ya no se cumplen por completo los requisitos de la definición de un episodio depresivo, pero sigue habiendo algunos síntomas depresivos significativos.
- Episodio depresivo en **remisión total:** significa que ya **no hay síntomas** depresivos significativos.

En la CIE-11 se señalan los siguientes **calificadores** o características añadidas, que lo son según la presentación clínica o del curso, inicio y patrón de los episodios depresivos:

- **Con síntomas de ansiedad prominentes.**
- **Con melancolía: pérdida de interés o placer, falta de reactividad emocional, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteración psicomotora (retardo o agitación), pérdida marcada del apetito o peso.**
- **Episodio actual perinatal.**
- **Con patrones estacionales.**

Depresión persistente DSM-5

Atendiendo al **DSM-5 (2013)**, este diagnóstico equivale al trastorno distímico del DSM-IV, añadiéndose el trastorno de depresión mayor crónico cuando los síntomas del episodio depresivo mayor cumplen el criterio temporal de distimia. En el **trastorno persistente (*distimia*)** deben cumplirse los siguientes tres criterios:

1. Criterio sintomatológico:

- Presencia de estado de ánimo deprimido
- Presencia de dos o más de los síntomas siguientes:
 - Poco apetito o sobrealimentación.
 - Insomnio o hipersomnia.
 - Poca energía o fatiga
 - Baja autoestima
 - Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 - Sentimientos de desesperanza

2. Criterio temporal:

- Los síntomas están presente durante la mayor parte del día y más días que los que están ausentes, durante un mínimo de dos años.

- Durante el periodo de dos años, la persona nunca ha estado sin el estado de ánimo deprimido ni la presencia de otros, al menos dos, síntomas depresivos durante más de dos meses seguidos.

3. Criterio funcional:

Como consecuencia se ha producido un cambio en el funcionamiento previo (causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento).

El diagnóstico definitivo requiere, además, que se **excluya** la existencia de otra afectación médica (p.e. hipotiroidismo) o tratamientos farmacológicos a los que se pueda atribuir la presencia de estos síntomas, así como del uso de sustancias u otros trastornos mentales que justifiquen su presencia (p.e. trastorno bipolar, trastorno ciclotímico, trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico).

En el **DSM-5** se realiza la siguiente apreciación con relación al **Trastorno de Depresión Mayor Crónico**: *“como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante mas de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnostico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no específico”*.

Distimia CIE-11

Equivalente al trastorno depresivo persistente en lo relacionado a los criterios DSM-5. Atendiendo a la **CIE-11 (2019)**, el diagnóstico de **trastorno distímico** señala las siguientes características:

- Estado de ánimo deprimido persistente, es decir la mayor parte del día y la mayoría de los días, con una duración de dos años o más.
- El estado de ánimo deprimido se acompaña de síntomas adicionales como:
 - Una notable disminución del interés o placer en las actividades
 - Reducción de la capacidad para concentrarse o indecisión
 - Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
 - Desesperanza acerca del futuro
 - Pensamientos recurrentes de muerte
 - Alteración del sueño o sueño excesivo
 - Disminución o aumento del apetito
 - Agitación o retardo psicomotor(a)
 - Energía reducida o fatiga
- Durante los primeros dos años del trastorno, el número y la duración de los síntomas no son suficientes para cumplir con los requisitos de la definición de un episodio depresivo, si esto sucediese se diagnosticará trastorno depresivo episódico (único o recurrente) en remisión parcial.
- Nunca ha habido ningún periodo libre de síntomas prolongado (p.e. que dure varios meses)
- Los síntomas depresivos provocan una considerable angustia subjetiva o deterioro en las áreas de la vida personal, familiar, social, educativa, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

ANEXO 6. Tríptico informativo sobre Terapia de Grupo

Normas generales

Confidencialidad: las cosas que se hablan en el grupo no se pueden hablar fuera del grupo. Por supuesto que querrás comentar tu experiencia con gente cercana a ti, pero incluso entonces es importante no mencionar nombres o información específica. Asegúrate de no hablar sobre otros, del mismo modo que tú tampoco quieres que los otros hablen de ti fuera del grupo.

Asistencia y puntualidad: es muy importante que asistas a todas las sesiones y que llegues a tiempo. Una vez que el grupo empieza, aunque solo sea un miembro el que falte, el grupo se resiente. Si por alguna razón te va a ser imposible acudir a una sesión, llama con antelación y háblalo con los terapeutas. Así el grupo sabrá que no vienes y no esperará a que llegues para empezar a trabajar.

Relaciones con otros miembros del grupo: el grupo es un espacio de trabajo, no obstante es habitual que se prolongue fuera de la sesión. Si hubiera contactos fuera del grupo sería recomendable hablar en el grupo sobre ellos para que todos seamos partícipes. De este modo se evita que se hagan grupos de "terapia" paralelos al propio grupo.

Qué es y como funciona la terapia de grupo

La terapia de grupo es una forma de **tratamiento psicoterapéutico muy común y efectiva**. La diferencia con la terapia individual es que en grupo se **aprovecha la experiencia de los participantes** y sus distintos modos de afrontar los problemas como **elemento central para facilitar el cambio**. Los **terapeutas** tienen la tarea de asegurar que los miembros se centren en los **objetivos del tratamiento** y que participen de una u otra manera en función de esos objetivos.

Se basa en la idea de que muchas de las dificultades que tenemos en la vida y que provocan una gran **variedad de formas de padecimiento**: ansiedad, depresión, temores infundados, descontrol emocional, desvalorización, problemas en la relación con los demás...responden a unos **mecanismos comunes de funcionamiento** que los han **originado y mantenido** en el tiempo. Trabajar esos mecanismos comunes en grupo, con independencia de la sintomatología de cada paciente, permite **acelerar los procesos de cambio**.

Mitos frecuentes sobre la terapia de grupo.

1. **"Tendré que revelar todos los detalles de mi vida"**: cada uno tiene que encontrar su propio nivel de comodidad en relación, con lo que quiere contar sobre su



AGC PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
C.S.M. VILLAVERDE

C/ TOTANES N° 13ª PL
TEL. 917955546

Acerca de la Terapia de Grupo

Unidad de Psicoterapia

vida personal, hay que dar tiempo a familiarizarse con los demás miembros y que se desarrolle la confianza.

2. **"Empeoraré al escuchar los problemas de los otros"**: esta idea es común, pero en la práctica, el ver que otros han tenido problemas similares puede resultar tranquilizador, así como ver que uno tiene algo que ofrecer a otras personas.

3. **"Puede que se rían de mí o haré el ridículo"**: todo el que entra en una situación nueva que implique un grupo, experimenta el temor a ser juzgado o rechazado. Es bueno hablar sobre este tipo de miedos al principio del grupo de forma que puedan ser comprendidos y superados.

4. **"Estaré tan nervioso que no sabré decir nada, ni me saldrá la voz"**: prácticamente todo el mundo experimenta esta sensación en diferentes grados. Una manera de superarlo es hablar de ello en las primeras sesiones del grupo.

Cómo obtener el mayor beneficio del grupo

1. **Cuanto más te involucres en el grupo, más sacarás de él**. El tiempo grupal es muy valioso. Escucha atentamente lo que la gente dice y piensa en su significado. Puedes ayudar a otros haciéndoles saber como te afecta lo que están diciendo, y, al mismo tiempo, presta atención a lo que los demás tienen que decir sobre tu participación en el grupo. Lleva un tiempo apreciar cuánto te puede ayudar el grupo, por eso es importante que te comprometas

a asistir a algunas sesiones antes de que decidas si te merece la pena o no.

2. **Puedes aprovechar el grupo como un lugar para experimentar relaciones interpersonales "en vivo"**: probar nuevas formas de hablar a la gente, correr algunos riesgos, adoptar otras maneras de relacionarte y ver cual es la respuesta de los demás. Cada miembro es responsable del grupo y puede ayudar a convertirlo en una experiencia efectiva para todo el mundo.

3. **Te será útil intentar convertir tus reacciones internas en palabras**. El grupo es un lugar para explorar el significado de lo que sucede y las reacciones internas que te alteran, no una simple reunión social donde uno tiene que hacer lo "correcto"

4. **Es importante centrarse en lo que está sucediendo entre los miembros y entre los miembros y los terapeutas**. El comprender estas relaciones ofrece nueva luz sobre las relaciones que uno tiene en su vida real. Para ello, intenta hablar sobre cosas tuyas que normalmente mantiene ocultas a los demás, o cosas de los de más miembros que te preocupan.

Calendario de sesiones:

ANEXO 7. Contrato terapéutico



CENTRO DE SALUD MENTAL DE VILLAVERDE

ACUERDO Y CONTRATO TERAPÉUTICO PARA LA PSICOTERAPIA GRUPAL

Los objetivos que se trabajarán de manera principal serán:

- Comprender la relación entre la depresión y los problemas relativos a relaciones interpersonales.
- Mejorar la comprensión y promover cambios en las relaciones interpersonales significativas.
- Desarrollar habilidades interpersonales para el manejo de problemas de forma más efectiva.
- Prevenir recaídas sintomáticas.

Asimismo la terapia grupal precisa de un compromiso con ciertos principios para que el tratamiento sea eficaz. Estos **Principios básicos de la terapia grupal.**

1. **Período:**

La terapia grupal comienza el día _____ y constará de un total de 20 sesiones. A lo largo de este período terapeuta y paciente revisaremos el progreso que ayudará a refinar las metas de la terapia.

2. **Frecuencia:**

La frecuencia de las sesiones será semanal. La sesión durará 90 minutos aproximadamente. Cada sesión comenzará puntualmente y es muy importante acudir a cada sesión a la hora acordada.

3. **Adherencia:**

Este acuerdo compromete a la asistencia a todas las sesiones. No se permite faltar a las sesiones porque resulten incómodas o aversivas, porque no se encuentre con buen ánimo o porque se quiera evitar algunos temas concretos. Este acuerdo compromete a avisar previamente la imposibilidad de acudir a la sesión y a aportar el motivo de dicha ausencia.

4. **Baja en el grupo por falta de asistencia:**

El hecho de faltar a 3 sesiones sin una justificación, implicará la baja de esta terapia grupal y constará como "abandono de tratamiento".

5. **Trabajo y esfuerzo:**

Este acuerdo compromete a trabajar fuera de la sesión en la dirección de las pautas y recomendaciones que se proporcionen en la terapia grupal.

6. **Condiciones básicas:**

Como principio básico está el respeto mutuo. No se tolerará ningún tipo de violencia. Se deberá acudir en condiciones óptimas para la terapia.

7. **Presencia de observadores:**

Los profesionales de los Servicios Públicos Sanitarios tenemos también el compromiso de formar a los residentes en la especialidad de Psicología Clínica. La presencia de observadores, residentes en psiquiatría y psicología clínica, en la terapia, no interfiere en la dinámica grupal.

También se podrán grabar en video ciertas sesiones para uso interno docente.

Yo, _____, Psicólogo Clínico / Psiquiatra, me comprometo como terapeuta a coordinar las sesiones, a estar disponible para los asistentes y a trabajar conjuntamente con ellos.

Yo,..... estoy de acuerdo con las condiciones de la terapia grupal que se han detallado en este contrato terapéutico y me comprometo a participar.

En Madrid, a de de

Fdo

Firma del participante en la terapia

Firma del terapeuta

Anexo 8. Ficha PROGRAMA DE DERIVACIONES INTERNAS

Ficha que debe ser rellena por el psiquiatra cuando deriva al caso a Psicología Clínica. El caso será evaluado sin presencia del paciente en la reunión de derivaciones internas y se decidirá la intervención más idónea para el paciente dentro de las intervenciones ofertadas en el proceso de Depresión

- Diagnóstico:
- Duración De La Problemática: > 6m: < 1a: < 5a:
- Tratamientos Psicológicos Previos: Si: ____ No: ____ Centro :
- Tipo: (individual /grupal/familiar)
- Fecha de Alta:
- Efectividad/Satisfacción: Buena: ____ Mala: ____
- Demanda Del Paciente:
- Demanda Profesional:
 - Valoración:
 - Valoración y Tipo de intervención propuesta:
 - Foco Terapéutico:
 - Prioridad de tratamiento: Alta / media / baja
- Motivación Al Cambio: ____ Pre contemplación ____ Contemplación
____ Acción ____ Recaída

Información y Esclarecimiento Sobre R