

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA
DIRECCION TECNICA DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA ATENCION INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA**



**MANUAL DE ATENCION INTEGRAL A LA
DEPRESION Y EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES**

2005

INDICE

INTRODUCCION	3
DEPRESION	8
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN-CIE 10	13
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	14
LABORATORIO Y GABINETE	17
ANAMNESIS	18
ENTREVISTA MÉDICO-PSICOLÓGICA DE ADOLESCENTES	19
LISTA PEDIATRICA DE SINTOMAS	23
ESCALA DE ZUNG PARA LA DEPRESIÓN	25
INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES	28
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN	33
TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO	39
GUIAS DE DEPRESION Y SUICIDIO EN ADOLESCENCIA PRIMER NIVEL DE ATENCION	43
GUIAS DE DEPRESION Y SUICIDIO EN ADOLESCENCIA SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	45
GUIAS DE DEPRESION Y SUICIDIO EN ADOLESCENCIA TERCER NIVEL DE ATENCION	47

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares. (Greden 2001)¹.

La depresión es dos veces más frecuente en las mujeres por razones que no han sido aún hoy aclaradas.

El riesgo a lo largo de la vida para este trastorno es de 12.7% para los hombres y de un 21.3% para las mujeres². Extrapolando esos porcentajes, en Costa Rica se consideraría que 254.000 hombres y 426.000 mujeres podrían sufrir de este trastorno a lo largo de su vida.

Es un problema de salud pública, con morbilidad comparable a enfermedad coronaria avanzada y mayor que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis.³

Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada. Estudios recientes han sugerido que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20 - 25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado. (Greden 2002).

Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión. (Greden 2002). Lo anterior contradice la creencia popular que la depresión se presenta únicamente en las y los adultos. Es importante destacarlo puesto que esta población ha sido invisibilizada no solo por los padres y madres de familia, sino por los mismos funcionarios y funcionarias de salud y por las autoridades institucionales.

Tiene una alta mortalidad: 15% de las y los pacientes con depresión se suicidan y por cada suicidio consumado existen veinte intentos. Las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia y los hombres logran el suicidio más frecuentemente, con una relación de 4:1 en la literatura, 7:1 en Costa Rica. En la población de niñas, niños y adolescentes las tasas de suicidio también van en aumento.

Si bien es cierto que el suicidio está asociado a la depresión, constituye por sí mismo un problema de salud pública que no ha sido suficientemente valorado y

¹ Greden JF. (2001) **The burden of Recurrent Depression: Causes, Consequences, and Future Prospects.** *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 22): 5-14.

² Greden JF. (2002) **Unmet Need: What Justifies the Search for a New Antidepressant?** *J Clin Psychiatry* 2002; 63(suppl): 3-6.

³ Keller MB. **Long – Term Treatment of Recurrent and Chronic Depression.** *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl): 3-5.

abordado. Este protocolo busca establecer los lineamientos básicos para concienciar y dar respuesta a esta problemática de la población.

En un estudio relativamente reciente titulado “Conductas de Riesgo en Adolescentes” elaborado por especialistas de la Universidad de Costa Rica, la OPS, el Ministerio de Salud y la CCSS, se revela que el 79% de los adolescentes entre los 12 y 19 años ha sufrido alguna vez de depresión. De ellos, el 23.5% pensó en algún momento en el suicidio. Casi un 10% refirió haber intentado suicidarse, y de ellos un 11.6% había sido tratado en el servicio de emergencias a raíz del intento de suicidio, cifra que representa un 1% de la muestra total⁴.

La atención del Síndrome Depresivo y el Suicidio en el Sistema Nacional de Salud

Introducirse en el manejo de la depresión y el suicidio en la Caja Costarricense de Seguro Social, parece estar referido a los tratamientos especializados y por los servicios especializados únicamente, donde el mecanismo fundamental es la detección y referencia a dichos servicios, implicando que la o el paciente referido por otros niveles se desentienden del mismo y del seguimiento en el momento de la referencia.

También el servicio especializado que “toma el caso”, trabaja con sus propios procedimientos y no toma en cuenta lo realizado o lo que podrían llevar a cabo otros servicios o niveles no especializados. A su vez, se toma como parámetro para el accionar de cada nivel, el definir exactamente cuáles son sus funciones, y además el no tener ningún contacto entre niveles.

Así las cosas, el Sistema Nacional de Salud, parece responder a una visión atomista y fragmentada, que parece seguir el lema “divididos trabajamos mejor”. Sin embargo, la evidencia de la gestión en los sistemas de salud, nos muestran que la eficiencia y eficacia está directamente relacionada con el trabajo en equipo y el trabajo en red.

La importancia del trabajo en red es fundamental para el abordaje de la depresión y el suicidio, y es la perspectiva que se ajusta no solo al modelo readequado de salud, sino a la lógica desde la cual estamos presentando este protocolo y a la puesta en práctica del mismo.

Veamos el siguiente esquema (MacDonald, 2004, citando a Rovere, 1998)⁵, que resume en forma didáctica los elementos centrales que se propone cuando se trabaja en red.

⁴ Molina M, Durán V, Donas S, Rocabado F. (1999). **Conductas de Riesgo en Adolescentes**. Primera Edición, Costa Rica, Ediciones Perro Azul.

⁵ MacDonald, J. (2004). **Salud Mental y Violencia Intrafamiliar**. San José, Costa Rica: OPS-Ministerio de Salud de Costa Rica.

NIVELES EN LA CONSTRUCCIÓN DE REDES

NIVEL	ACCIÓN	VALOR
1. Reconocer	Destinadas a reconocer que el otro existe	Aceptación
2. Conocer	Conocer de lo que el otro es o hace	Interés
3. Colaborar	Prestar ayuda esporádica	Reciprocidad
4. Cooperar	Compartir actividades y recursos	Solidaridad
5. Asociarse	Compartir objetivos y proyectos	Confianza

El cuadro nos muestra los diferentes niveles en los que se debe avanzar en el funcionamiento en red en los servicios de salud.

El nivel más básico corresponde a que las y los funcionarios que forman parte de una red, lo primero que tienen que hacer es generar un directorio, donde se consigne las personas que participan en la red y formas de contactarlos; además de conocerse personalmente como aspecto idóneo. Así se facilita la referencia y contrarreferencia, ya que existe un contacto previo y se sabe a quien realizarla y que sea tomada en cuenta.

El segundo nivel nos propone que se avance, luego de conocerse, a saber qué hace el otro. Esto permite que las referencias y contrarreferencias se realicen en forma precisa, ya que se tiene una idea clara de las capacidades personales e infraestructurales de cada una de las personas que conforman la red.

Como tercer nivel se muestra, que la ayuda que se pueda brindar en determinadas ocasiones en forma recíproca entre los que conforman la red, puede permitir aumentar la capacidad resolutive de la misma. Es decir, ya no solo la referencia y la contrarreferencia, sino incluso la interconsulta como un aspecto de iniciativa de algún miembro de la red. De tal forma, ningún miembro de la red se sentiría y abordaría una situación solo(a), sino que sabría que otro(a) miembro de la red estaría en disposición de ayudarlo(a).

El cuarto nivel, permite avanzar hacia la coordinación de actividades en común, tales como capacitaciones, actividades de prevención, educación, entre otros. Implica que las y los miembros de la red están dispuestos(as) ya no solo a prestarse ayuda esporádicamente, sino que se da la planificación y ejecución de actividades en común, facilitándose recursos humanos y materiales.

El quinto y último nivel, ya es el planeamiento de proyectos en conjunto, donde la confianza es lo cotidiano en todos los miembros de la red, implica un contacto

permanente y estrecho del quehacer, en todos los aspectos, referencias, contrarreferencias, interconsulta, capacitaciones, actividades, etc.

El funcionamiento en red, visto de esta forma aumenta la capacidad y eficiencia de las acciones e implica abandonar formas de actuar en el Sistema Nacional de Salud, en donde se utilicen consignas como “a mi no me toca”, “quién me envió esto no sabe nada”, además del envío de referencias si contactos previos o posteriores a la misma entre los niveles; y avanzar a formas de organización más modernas y eficientes, donde los beneficiados son todos: funcionarios(as), y población en general, pero sobretodo, los que presentan el Síndrome Depresivo y el Suicidio.

DEPRESIÓN⁶

A lo largo de la historia ha habido una gran discrepancia entre las frecuencias reportadas de depresión en niños y en adolescentes. Posiblemente sea debido a que los diferentes estudios tomaban edades diferentes, utilizaban diferentes medidas y/o diferentes criterios para medir depresión. Sung y Kirchener (2000, citado por Cortés) mencionan que se presenta en un 2 % de prepúberes y entre un 5 – 8 % de adolescentes. Sabemos por ejemplo que hoy día, la depresión y el suicidio son de los problemas primordiales entre los grupos de adolescentes. Debemos de diferenciar un trastorno depresivo mayor o bipolar, de la tristeza natural que surge en procesos de duelo ante la pérdida de un ser u objetos queridos.

Gran número de controversias aún giran alrededor de la concepción sobre la depresión infantil, tanto a nivel teórico como metodológico. Unos consideran que la comparte con la depresión en adultos, las características fundamentales que se presentan en el cuadro clínico, pero , al mismo tiempo, muestra una serie de rasgos que le son propios y únicos, que la diferencian de la adulta, y cuyo origen puede radicar, probablemente, en las condiciones determinadas por el nivel de desarrollo del niño. Depresión parece presentar un cuadro clínico diferente en las diversas etapas de desarrollo. Algunos niños deprimidos llenan los criterios del D.S.M. IV para un Trastorno afectivo.

Existe consenso entre investigadores, citados por Grettel Lutz (1992)⁷ de la existencia de un trastorno presente aún en edades muy tempranas, aunque no han podido todavía precisar la edad de inicio. Se ha observado que la sintomatología señalada , similar a la de adultos: disforia, autoimagen negativa, baja autoestima, desvalimiento, autoculpa, etc., son el resultado de las condiciones propias del trastorno depresivo.

El enfoque evolutivo plantea que en los niños menores (menos de 7 años), los síntomas se presentan en forma menos definida y son más efímeros que en los mayores.

Antes y aún a los 7 años, los pequeños se encuentran en el estado PREOPERACIONAL caracterizado por evaluaciones hechas en términos absolutos y basadas en las acciones más que en las propias cogniciones; tienden a concebirse con base en lo que poseen, hacen y según la apariencia física de sus cuerpos, con una concepción inestables de sí mismos, con acciones y factores físicos transitorios. Aquí su estado de ánimo tiende a ser inestable, y a estar muy ligado al contexto en el que se mueve.

⁶ Elaborado por Msc. Adriana Cortés, psicóloga del Hospital Calderón Guardia

⁷ Lutz, G. (1992) Adaptación del inventario de depresión para niños en escolares del cuarto, quinto y sexto grado pertenecientes al área metropolitana de San José. Tesis para optar al grado de Magíster Scientia en la Universidad de Costa Rica.

Varios autores señalan que las principales alteraciones detectables en niños deprimidos menores a 7 años, giran en torno al componente afectivo con manifestaciones tales como : tristeza, llanto fácil, ausencia de interés o placer, aislamiento, rencor, indefensión y algunas alteraciones del dormir y comer. Los infantes son descritos como no responsivos, inmóviles, desatentos, y teniendo trastornos en el comer y el dormir.

Al pasar al estadio de las OPERACIONES CONCRETAS entre los 7 y 8 años hasta los 10 años, donde sus evaluaciones están basadas en la comparación con los otros, las concepciones de sí mismo en términos de factores más personales y significativos , así como más estables y permanentes. Pasa a concepciones psicológicas más allá que lo material. Así, el niño de esta edad es capaz de experimentar una pérdida en la autoestima como resultado de los fracasos, que puede acompañarse de un afecto depresivo más duradero (depresión de autoestima). Ahora la depresión se caracteriza por la presencia de una autoimagen negativa, auto-reproche y autocrítica excesivas.

En la medida que el niño asienta su capacidad para hacer atribuciones basadas en cualidades personales y buscando estándares de comparación para evaluar su desempeño, alrededor de los 10 años, es capaz de experimentar culpa, sentimiento de minusvalía y desvalimiento cuando su desempeño escolar se encuentra por debajo de otros, vivenciando el fracaso en una forma de limitación estable y duradera. Encontramos aquí la auto-culpa que es el componente que sobresale en las depresiones en niños de 10 a 12 años. A este se le agregan una pérdida de interés más profunda, problemas más severos en el dormir y el comer, deseos de morir, por portarse mal y una combinación de ira/acting out con tristeza/aislamiento.

Finalmente, entrando en la adolescencia, a la vez que se acentúa la autoconciencia, son consideradas más claramente las perspectivas futuras con respecto al resto de la vida, una nueva condición adquirida. Se pronuncian los sentimientos de desesperanza en la depresión que ocurre en esta etapa de niñez tardía e inicio de la adolescencia.

En una revisión de investigaciones realizadas alrededor la sintomatología presente en la depresión infantil, se encontraron algunas características presentes a lo largo del estudio de indicadores. Entre estos indicadores se encuentran: la tristeza o disforia, auto-imagen negativa, culpa, ira, auto-desaprobacion, agresividad, aislamiento, autorreproche, escasa o excesiva energía , alteraciones en el comer y dormir y problemas escolares diversos, señalaron Brumbrack y Weinberg (1977, citado por Lutz, 1992) Además, gran cantidad de estudios han evidenciado que la depresión infantil se asocia frecuentemente con trastornos de conducta, diversidad de quejas somáticas y en menor proporción, con ansiedad.

Izard y Schwartz (1986, citado por Lutz, 1992) estudiaron los patrones complejos de las emociones. Ellos consideran que el núcleo emocional común está constituido por la tristeza, la hostilidad dirigida hacia dentro y vergüenza o timidez, las que

pueden ser acompañadas por otras. Estudiaron las diferencias por género de vivenciar la depresión, encontrando que en términos generales, la tristeza fue la característica predominante en el caso de la depresión en niñas, mientras que en los varones, se caracterizó por la ira y la hostilidad dirigida hacia afuera. Las niñas deprimidas se asemejaron más a los adolescentes y adultos, en la cantidad de temor y timidez reportados, en tanto, los varones mostraron menos tristeza pero más hostilidad dirigida hacia el afuera. Congruente con esto, otro estudio con niños de II a VII grado, encontraron que en el caso de los varones, las condiciones asociadas con la depresión fueron problemas de conducta e impopularidad. Lo que se presentaba también pero además se agregaba un factor de quejas somáticas.

En una evaluación con maestros, padres y clínico, al analizar la conducta del niño o niña depresiva, se encontró que las y los maestros la y lo catalogan o definen como ansiosos(as), introvertidos(as) y rehuyendo las tareas, en tanto las madres y los padres los percibían como menos competentes socialmente, en tanto los clínicos percibían un afecto global disminuido.

Ling y asociados, cita Kashani et al.,(1981, citado por Lutz, 1992) consideran que para hablar de depresión debe de estar presente un cambio reciente en el comportamiento, ausencia de otro trastorno mental y la presencia de al menos 4 de las siguientes 10 características:

- 1.- cambio significativo en el estado de ánimo,
- 2.- aislamiento social,
- 3.- creciente pobre desempeño escolar,
- 4.- alteraciones del sueño,
- 5.- comportamiento agresivo no presentado previamente,
- 6.- autodesaprobación e ideas de persecución,
- 7.- carencia de energía,
- 8.- quejas somáticas,
- 9.- fobia escolar, y
- 10.- pérdida de peso o anorexia.

En niñas y niños pre-puberales se puede presentar la ansiedad de separación y los temores que la acompañan. Mientras que el insomnio está asociado a la depresión en la adolescencia, junto con el malhumor, el aislamiento de las actividades sociales y resistencia a cooperar con las labores familiares, e incluso puede presentar descuido e inatención al trabajo escolar y a la apariencia personal.

Además, sabemos, que la depresión es una causa mayor o importante del fracaso o la deserción escolar en adolescentes normales e inteligentes. Actualmente se considera que la prevalencia de depresión en los adolescentes va de un rango de 2 a 6 % en la población general, hasta un 50 – 60 % en las poblaciones de internos(as) psiquiátricos(as).

En adultos y adolescentes, el desarrollo de criterios específicos de depresión ha aumentado la confianza diagnóstica.

Los criterios para uso específico en niños y adolescentes, partiendo del D.S.M. IV, son los siguientes:

1.- Estado de ánimo deprimido: Se requiere que esté presente, sea objetiva o subjetivamente la mayor parte del día y casi todos los días. En las y los adolescentes deprimidos, el estado de ánimo se puede describir como un sentimiento inespecífico como sentirse malo, malhumorado, e irritable, y no necesariamente triste. En las niñas y los niños puede ser un estado de ánimo irritable. El estado de ánimo y el afecto parecieran ser más influenciados por el medio ambiente en adolescentes que en adultos(as).

2.- Anhedonia : Se define como el interés o el placer disminuido en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo. En las y los adolescentes, la anhedonia se manifiesta por la deserción de actividades usuales, tales como el deporte y las actividades recreativas, así como en el cambio de relaciones interpersonales con sus pares. Es muy frecuente que las y los adolescentes sean capaces de decir que antes disfrutaban de ciertas actividades específicas, pero no lo logran hacerlo ahora. Una anhedonia total es muy difícil encontrar en un adolescente, pero sí reportan con frecuencia el cambio de intereses y de placer. En relación a la interacción social, las y los adolescentes pueden no aislarse socialmente, pero pueden cambiar los grupos de amigos(as) a grupos menos aceptados por las madres y los padres.

3.- Pérdida o ganancia de peso : Cambios en el apetito y el peso son reportados menos frecuentemente en adolescentes que en adultos(as), y puede confundirse con los cambios evolutivos alrededor de la pubertad. Muchos adolescentes y sus madres y padres desconocen que el aumento de peso debe ir en conjunto con el aumento de la estatura. En las niñas y los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4.- Insomnio o hipersomnio .Para entender los cambios en los patrones de sueño de las y los adolescentes, es importante conocer sobre los patrones de sueño de las y los adolescentes normales. Estos tienden a dormir menos de lo necesario durante la semana, y duermen más de la cuenta durante los fines de semana.

Se ha comprobado que este tipo de patrón de sueño puede disminuir su rendimiento cognitivo. El insomnio medial y terminal son poco frecuentes en adolescentes, aunque el insomnio inicial y problemas para despertarse se reportan con frecuencia.

5- Agitación o retardo psicomotor : Este síntoma requiere ser valorado por otras personas, no sólo un sentimiento subjetivo del o la joven. En ellas y ellos, esta información es difícil de obtener si uno no conoce al o la adolescente en su estado no-depresivo, y si la madre o el padre tiene dificultad para atribuir el cambio a algo más que ser algo normal.

6.- Fatiga o pérdida de energía : Las y los adolescentes pueden confundir la fatiga y la pérdida de energía con otros síntomas de depresión y con sueño. Debe establecerse una diferencia entre la “pereza “ de realizar los quehaceres domésticos vrs. las actividades placenteras, y no se deben confundir entre sí la fatiga con la pérdida de energía. La fatiga es un síntoma subjetivo de sentirse cansado o teniendo baja energía la mayor parte del tiempo, aún con suficiente sueño. Una queja constante de las y los adolescentes es “ estoy aburrido”, que incluye a ambos o a cualquiera de los dos.

7.- Sentimientos de Inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). Las y los adolescentes frecuentemente externalizan sus sentimientos con expresiones como que los tienen de encargo.

8.- Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o indecisión, casi cada día. Este es uno de los medidas más confiables de la depresión en adolescentes por su habilidad para hacer preguntas sobre el rendimiento escolar, cuando el paciente no es capaz de reportar lentificación de su pensamiento, cavilaciones o síntomas semejantes. Las clases proveen un espacio finito de tiempo en el cual hacer la tarea. Una o un adolescente quien previamente era capaz de terminar su trabajo durante el período de clase permitido, cuando está deprimido(a), es incapaz de completar los trabajos, llevándolo a aumentar las tareas a llevar a casa por el trabajo incompleto de la clase. Puede durar horas largas haciendo una tarea con resultados mínimos. Sus notas pueden reflejar una caída.

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Como en las y los adultos, si se les pregunta, directamente admiten los deseos de morirse y articulan planes e ideación suicida específicas. El peligro en las y los adolescentes es que su relativamente reciente adquisición del pensamiento abstracto tiende a llevarlos a percibir como una mayor catástrofe lo que un adulto o adulta llame un evento menor. Más difícil para evaluar en adolescente es la preocupación con la muerte y los temas mórbidos. Algunas madres y padres pueden mostrar preocupación con la música y el arte relacionado con temas de muerte, pero también otros lo pueden considerar propio de adolescentes.

El diagnóstico de depresión mayor requiere de al menos 5 de estos síntomas presentes durante el mismo período de dos semanas, con al menos uno de los síntomas sea humor depresivo o pérdida de interés o placer. El primer fracaso al diagnosticar la depresión en las y los adolescentes es la falla en directamente entrevistar a las y los adolescentes sobre la presencia o ausencia de tales síntomas específicos y la tendencia de tomar el valor externo de las racionalizaciones superficiales para los síntomas.

Criterios Diagnósticos de la Depresión-CIE 10⁸

En los episodios depresivos típicos, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil.
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos de sueño.
- g) La pérdida de apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

⁸JJ López Ibor, editor (1992). **CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Diagnóstico Diferencial

Trastornos psiquiátricos

- Trastornos de ansiedad
- Reacciones de adaptación
- Duelo
- Psicosis
- Otros trastornos afectivos (bipolar, orgánico)

Condiciones médicas con síntomas similares a la depresión o que pueden causar depresión⁹ :

Metabólicos y endocrinológicos

- Trastornos electrolíticos
- Insuficiencia renal
- Porfiria aguda intermitente
- Enfermedad de Wilson
- Metales pesados
- Hipotiroidismo e hipertiroidismo
- Enfermedad de Addison
- Diabetes mellitus
- Enfermedad de Cushing
- Disfunción paratiroidea

Trastornos degenerativos/neurológicos

- Enfermedad de Huntington
- Lesión cerebral traumática
- Accidente vascular cerebral
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer y otros síndromes demenciales

Enfermedades infecciosas

- Encefalitis, meningitis
- Endocarditis
- Hepatitis
- Mononucleosis
- Enfermedades de transmisión sexual: sífilis y SIDA
- Tuberculosis

Enfermedades Autoinmunes

- Fibromialgia
- Lupus Eritematoso Sistémico

⁹ Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editors (1999). **The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry**. Washington: American Psychiatric Press, Inc, Third Edition: capítulo 13.

Artritis reumatoidea

Enfermedades hematológicas y malignas

Cáncer de colon

Carcinoma de páncreas

Cáncer de estómago

Tumores cerebrales

Efectos paraneoplásicos de cánceres de pulmón

Anemias

Enfermedades Gastrointestinales

Síndrome de colon irritable

Pancreatitis crónica

Enfermedad de Crohn

Cirrosis

Encefalopatía hepática

Enfermedades cardiovasculares

Infarto al miocardio

Angina

Cirugía de "bypass" de arterias coronarias

Cardiomiopatías

Enfermedades pulmonares

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Apnea del sueño

Algunos Medicamentos que pueden causar depresión¹⁰:

Acyclovir

Alcohol

Anfetaminas, anfetaminoides

Corticosteroides

Anticonvulsivantes

Barbitúricos

Benzodiacepinas

Bloqueadores beta adrenérgicos

Clonidina

Anticonceptivos orales

Glicósidos digitales

Disulfiram

Enalapril

Levodopa

¹⁰ Ibid

Metildopa
Metronidazol
Nifedipina
Antiinflamatorios no esteroideos
Fenilefrina
Derivados procaínicos
Reserpina
Sulfonamidas
Teofilina
Tiazidas
Hormonas tiroideas
Trimetoprim sulfametoxazol
Vinblastina
Vincristina
Entre muchos otros

LABORATORIO Y GABINETE

Para el diagnóstico de la depresión no hacen falta exámenes complementarios de laboratorio y gabinete. En caso de que se encuentren indicios positivos en la anamnesis respecto de otras afecciones, se efectuarán exámenes de laboratorio y gabinete orientados a descartar la patología que se sospecha. No se recomienda efectuar pruebas de función tiroidea de rutina¹¹.

En caso de sospechar otra patología subyacente, es esencial contar con una historia médica relevante, una revisión de sistemas y un examen físico completo para la selección de los exámenes de laboratorio y gabinete apropiados.

El laboratorio y gabinete tiene cada vez más importancia para el uso seguro y de máxima efectividad de ciertas medicaciones psicotrópicas. Las pruebas de laboratorio y gabinete se pueden usar para obtener datos básales de estado cardíaco o renal del paciente antes de iniciar la medicación, para confirmar el cumplimiento del tratamiento, para monitorizar niveles plasmáticos terapéuticos y para detectar toxicidad no reconocida clínicamente. Las pruebas específicas dependen de la edad del paciente y de su condición médica y en particular de los órganos y sistemas afectados por el agente psicotrópico¹².

¹¹ Van Marwijk HWJ, Grunmeijer HGLM, Brueren MM et al (1994). **Norma NGH (holandesa) respecto a la depresión. Ley sobre medicina familiar.** 37:482-90, 1994.

¹² Kaplan HL, Sadock BJ, editors (1995). **Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI.** Baltimore: Williams & Wilkins, Sixth Edition.

ANAMNESIS¹³

La entrevista tiene una importancia central en la medicina y en la psiquiatría se convierte en la habilidad medular, ya que no existe una línea clara de cuando la entrevista termina y el examen mental empieza.

Todas las entrevistas tienen alguna estructura o forma, que debe ser suficiente para obtener una historia de la enfermedad presente, de la historia psiquiátrica pasada y un examen del estado mental dentro del tiempo limitado asignado.

Esquema de la historia psiquiátrica

I. Identificación y datos demográficos

- A. Nombre, dirección, número telefónico
- B. Edad, grupo étnico, género, estado civil, ocupación
- C. Religión

II. Queja principal

III. Historia de la enfermedad actual

- A. Precipitantes
- B. Inicio, curso, duración
- C. Signos y síntomas
- D. Efectos del/en el ambiente
 - 1. Familia
 - 2. Trabajo
 - 3. Amigos y relaciones
- E. Resumen psiquiátrico de sistemas

IV. Antecedentes psiquiátricos

Episodios similares

¹³ Kaplan HL, Sadock BJ, editors (1995). **Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI.** Baltimore: Williams & Wilkins, Sixth Edition: capítulo 9.

Entrevista Médico-psicológica de adolescentes

Dr. Marco Díaz Alvarado¹⁴

La entrevista médico-psicológica es una entrevista clínica que tiene por objetivo valorar la situación física y emocional del y la adolescente.

Las condiciones y parámetros en que ocurre esta entrevista están determinados por distintos aspectos, como son el paradigma y los enfoques con los que se trabaja con la población adolescente.

Además, es esencial la sensibilización, calidez, preparación y experiencia profesional de la persona que realiza la entrevista, así como propiciar un ambiente de confianza.

Como indica Maddaleno (1992: 3)¹⁵:

"Atender adolescentes requiere interés, tiempo y experiencia profesional. Para lograr un cuidado efectivo y una buena relación es fundamental que al profesional le gusten los adolescentes, pues estos tienen una sensibilidad exquisita para identificar el rechazo, por tanto, si al profesional no le agradan o se siente incómodo brindándoles atención, es preferible que los refiera a otro profesional".

La entrevista clínica de adolescentes impone un reto especial a las y los funcionarios de Salud encargados(as) de su abordaje, en el sentido de tener presente los enfoques y paradigmas con que trabajamos el marco legal vigente y las limitaciones tanto institucionales, como las propias en cuanto a preparación y experiencia.

En los servicios de salud de nuestro país, este reto es mayor dado que el sistema vigente no permite, en la mayoría de los casos, ni al usuario ni al profesional la posibilidad de escogencia; en otras palabras, ni el y ni la adolescente puede escoger al o la profesional que lo(a) atiende, ni el(la) profesional tiene opción de referirlos a otra persona si siente que él o ella no son los idóneos para la intervención.

Contexto general de la consulta

En nuevo marco de derechos establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia (ley 7739)¹⁶ establece que los y las adolescentes son sujetos con

¹⁴ Médico psiquiatra con especialidad en adolescencia. Director del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social.

¹⁵ Maddaleno, M. ; en Silber y otros(1992). **Manual de Medicina de la Adolescencia**. Washington: OPS/OMS.

derechos plenos, que incluyen el acceso a los servicios de salud para todos los menores de 18 años sin ningún tipo de distinciones en cuanto a su nacionalidad, religión, grupo étnico, condición socio-económica, etc.

Este marco jurídico señala el derecho de los y las adolescentes a la información y la atención, incluyendo tratamientos, aún sin el consentimiento de sus padres. Este último aspecto está basado en el concepto del "interés superior", que establece que cualquier acción médica debe basarse en lo que es de mayor conveniencia para el bienestar físico y psicológico del o la menor de edad (artículo 5° del código)

El Código también establece los derechos de las y los adolescentes a la integridad, la privacidad, protección ante peligro grave, la educación, entre otros.

El contexto de la consulta incluye que los servicios para adolescentes deben ser diferenciados y específicos para ellas y ellos, distintos a los de las niñas y los niños, y por supuesto a los de los y las adultas. Estos servicios idealmente deberían ser amigables, con personal capacitado. Los horarios de atención y la decoración deben ser adecuados para ellas y ellos.

El personal de salud

Debe sentirse cómodo y desear trabajar con adolescentes, tener una capacitación sólida en diversas áreas como desarrollo y crecimiento, desarrollo psicosexual, aspectos básicos de psicología, y técnicas de comunicación y entrevista con adolescentes.

Se debe haber trabajado en la resolución de los conflictos vividos en la propia adolescencia, los mitos y tabúes con que se desarrolló la sexualidad propia, y capacidad de analizar el grado de satisfacción de la propia vida sexual.

Se debe enfatizar que idealmente debe trabajarse desde el desde paradigma moderno, que considera a las y los adolescentes como ciudadanos(as) y actores estratégicos del desarrollo, favoreciendo una intervención más horizontal e integral; abandonando el tradicional (etapa preparatoria para la adultez) o el transicional (adolescentes como problema), que determinan una relación de atención vertical, con el profesional como experto poseedor del conocimiento, y el y la adolescente como sujeto pasivo de intervención.¹⁷

¹⁶ Gobierno de Costa Rica. **Código de la Niñez y la Adolescencia** (1998). Costa Rica: La Gaceta N° 26, del 6 de Febrero de 1998.

¹⁷ Rodríguez , J; Garita, C; Diaz, M; Sequeira, M y Valverde, O. (2002) **Bases Programáticas Programa Atención Integral a la Adolescencia C.C.S.S.** Costa Rica: PAIA/CCSS.

La entrevista

En la consulta toda comunicación y toda interacción tienen sentido terapéutico y puede servir tanto al adolescente como a sus padres para sentirse reafirmados o establecer los cambios que sean pertinentes (Díaz, Sequeira y Garita, 2000)¹⁸.

Por lo tanto, el tiempo que se tiene para la intervención, debe considerar si se atiende al o la adolescente solo(a) o en compañía de sus padres, cómo se manejará la confidencialidad, entre otras cosas.

Es importante que exista un encuadre adecuado que incluya los puntos anteriores y que facilite al profesional trabajar inicialmente con el objetivo de establecer un buen rapport o relación con el o la paciente, antes de pretender obtener cualquier información clínica. Si este rapport no se establece, será difícil avanzar en la obtención de información y menos aún en el objetivo principal, el cual es el favorecimiento del desarrollo integral del adolescente y trascender en su situación de vida particular.

Los contenidos de una entrevista médico-psicológica adecuada¹⁹ debe incluir, entre otros: respeto mutuo, con un lenguaje adecuado y una técnica idónea:

Motivo de consulta

Antecedentes mórbidos personales

Antecedentes mórbido familiares

Historia escolar

Relación con los pares (socialización)

Historia laboral

Hábitos y estilos de vida (incluye consumo de sustancias)

Estructura y dinámica familiar

Vivienda y nivel socioeconómico

Aspectos específicos de exploración:

Crecimiento y desarrollo

Autoestima

Situación escolar

Depresión

Grupo de pares (aceptación, aislamiento)

Comunicación y relación familiar

Información sobre sexualidad

¹⁸ Díaz, M; Sequeira, M y Garita, C. (2000), **Manual de Consejería en Salud Sexual para los y las adolescentes, PAIA, CCSS**. Costa Rica: PAIA/CCSS.

¹⁹ The Institute of Psychiatry (1973). **Notes on Eliciting and Recording Clinical Information**. London: Oxford University Press.

Comportamientos sexuales (noviazgo, relaciones sexuales, uso de protección, tipo de vínculo, edad de su pareja, número de parejas)
Proyecto de vida

En síntesis, la entrevista con el o la adolescente debe tener además de una apertura y un desarrollo, un cierre, con la meta de que el y la adolescente puedan llevarse alguna información, educación y orientación que se adapte a sus necesidades y prioridades particulares del momento histórico en el que el o ella se encuentran, y que se favorezca su desarrollo integral. Especialmente, lo que buscamos es influir de manera positiva en la vida de ese o esa joven de acuerdo a su situación única, con la esperanza de que la experiencia de la consulta haya sido adecuada al menos en el sentido de que regrese a una nueva consulta ya sea con uno(a) mismo(a) o con otro(a) funcionario(a) de salud.

LISTA PEDIATRICA DE SINTOMAS²⁰

Marque debajo del encabezado que mejor aplique para su hijo(a): nunca, a veces o frecuente

	Nunca	A veces	Frecuente
1. Se queja de dolores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pasa mucho tiempo solo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se cansa rápido, poco energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapaz de sentarse quieto(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tiene problemas con un maestro(a) o cuidador(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Menos interesado(a) en la escuela o Zinder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Actúa como movido(a) por un motor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sueña despierto(a) mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Se distrae fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Le teme a situaciones nuevas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Se siente triste, infeliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Está irritable, bravo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Se siente desesperanzado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tiene problemas para concentrarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Menos interesado(a) en los amigos(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Pelea con otros(as) niños(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Se ausenta mucho de clases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Caída en notas escolares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Se tiene aversión a sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Visitas al médico(a), quien no encuentra causas físicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tiene problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Se preocupa demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Quiere estar con usted más que antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Siente que él o ella es malo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Toma riesgos innecesarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Se lesiona o lástima frecuentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Pareciera divertirse menos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Actúa como un niño(a) de menor edad que él o ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. No escucha las reglas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. No demuestra sus sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. No comprende los sentimientos de los(as) otros(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Molesta a los(as) otros(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Culpa a otros(as) de sus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Coge cosas que no le pertenecen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Rehúsa compartir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

²⁰ Adaptado con el permiso de Jellinek MS, Murphy JM, Robinso J, et al. Pediatric symptom checklist: tamizaje para niños escolares por disfunción psicosocial. J Pediatric 1988; 112-201-9

Puntuación: cero puntos para nunca; 1 punto para a veces; 2 puntos para frecuente. Un puntaje total de 28 o más puntos sugiere una disfunción y la necesidad de una evaluación completa.

Escala de Zung para la depresión

Instrucciones:

Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas. Para las declaraciones 5 y 7, si usted está a dieta, conteste como si no lo estuviera.

	Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre	
1	Me siento descorazonado, melancólico y triste					
2	Por la mañana es cuando mejor me siento					
3	Siento deseos de llorar					
4	Me cuesta trabajo dormir durante la noche					
5	Como tanto como solía comer antes					
6	Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos					
7	Noto que estoy perdiendo peso					
8	Tengo problemas de estreñimiento					
9	Mi corazón late más rápidamente de lo normal					
10	Me canso sin motivo					
11	Mi mente está despejada como siempre					
12	Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer					
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto					
14	Tengo esperanzas en el futuro					
15	Me irrito más de lo normal					
16	Encuentro fácil tomar decisiones					
17	Siento que me necesitan y que soy útil					
18	Llevo una vida satisfactoria					
19	Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto					
20	Todavía disfruto de las cosas que solía hacer					
		Puntuación bruta				
		Índice EAD				

Escala de Zung para la depresión

Instrucciones:

Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas. Para las declaraciones 5 y 7, si usted está a dieta, conteste como si no lo estuviera.

	Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre	
1	Me siento descorazonado, melancólico y triste	1	2	3	4	
2	Por la mañana es cuando mejor me siento	4	3	2	1	
3	Siento deseos de llorar	1	2	3	4	
4	Me cuesta trabajo dormir durante la noche	1	2	3	4	
5	Como tanto como solía comer antes	4	3	2	1	
6	Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos	4	3	2	1	
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4	
8	Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4	
9	Mi corazón late más rápidamente de lo normal	1	2	3	4	
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4	
11	Mi mente está despejada como siempre	4	3	2	1	
12	Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer	4	3	2	1	
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4	
14	Tengo esperanzas en el futuro	4	3	2	1	
15	Me irrito más de lo normal	1	2	3	4	
16	Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1	
17	Siento que me necesitan y que soy útil	4	3	2	1	
18	Llevo una vida satisfactoria	4	3	2	1	
19	Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto	1	2	3	4	
20	Todavía disfruto de las cosas que solía hacer	4	3	2	1	
					Puntuación bruta	
					Índice EAD	

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice EAD

Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Índice EAD	Impresión Clínica Global Equivalente
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 o más	Presencia de depresión (de severa a extrema)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: masculino O femenino O Edad _____ Escolaridad: _____

Motivo de referencia: _____

Entrevistador: _____

F. #1 Depresión _____ F. #2 Entusiasmo _____ F. #3 Relac. Inter.. _____ Total _____

“A veces los niños y las niñas tienen diferentes sentimientos e ideas. Te voy a leer un grupo de oraciones y quiero que escojas la que mejor te describa durante las dos últimas semanas. Aquí no hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tenés que escoger la que mejor describa la forma como te has sentido últimamente”

Veamos un ejemplo:

**Leés libros todo el tiempo
Leés libros de vez en cuando
Nunca leés libros**

Decime cuál de las oraciones te describe mejor. Recordá escoger las oraciones que describen tus sentimientos e ideas de las dos últimas semanas.

1. De vez en cuando estás triste
Muchas veces estás triste
Estás triste todo el tiempo
2. Nada te sale bien
No estás seguro de que las cosas te saldrán bien
Las cosas te saldrán bien
3. Haces bien la mayoría de cosas
Haces mal muchas cosas
Todo lo haces mal
4. Te divertís con muchas cosas
Te divertís con algunas cosas
Nada es divertido
5. Todo el tiempo te sentís mal
Muchas veces te sentís mal
De vez en cuando te sentís mal

6. De vez en cuando pensás acerca de cosas malas que te pasan
Te preocupas por las cosas malas que te sucederán
Estás seguro de que te sucederán cosas terribles
7. Odias como sos
No te gusta como sos
Te gusta como sos
8. Todas las cosas malas son tu culpa
Muchas cosas malas son tu culpa
Casi siempre las cosas malas no son tu culpa
9. No pensás en matarte
Pensás en matarte pero no crees que lo harías
Algunas veces has pensado seriamente en matarte
10. Las cosas te molestan todo el tiempo
Las cosas te molestan muchas veces
Las cosas te molestan de vez en cuando
11. Te gusta estar con las personas
Muchas veces no te gusta estar con las personas
No te gusta estar con las personas
12. Todos los días tenés ganas de llorar
Muchos días tenés ganas de llorar
De vez en cuando tenés ganas de llorar
13. No sabes lo que querés hacer
Te es difícil saber lo que querés hacer
Fácilmente sabes lo que querés hacer
14. Te ves bien
Hay algunas cosas de tu apariencia que no te gustan
Sos Feo(a)
15. Todo el tiempo tenés que obligarte a hacer el trabajo de la escuela o colegio
Muchas veces tenés que obligarte a hacer el trabajo de la escuela o colegio
Hacer el trabajo de la escuela o colegio no es un problema para vos

“Recuerda, describe como has estado en las últimas dos semanas”

16. Todas las noches tenés problemas para dormir
Muchas noches tenés problemas para dormir
Dormís bien
17. De vez en cuando estás cansado(a)
Muchos días estás cansado(a)
Estás cansado(a) todo el tiempo

18. La mayoría de los días no tenés ganas de comer
Muchos días no te sentís con ganas de comer
Comés muy bien
19. No te preocupas por los dolores de tu cuerpo
Muchas veces te preocupas por los dolores de tu cuerpo
Todo el tiempo te preocupas por los dolores de tu cuerpo
20. No te sentís solo(a)
Muchas veces te sentís solo(a)
Te sentís solo(a) todo el tiempo
21. Nunca te divertís en la escuela o colegio
De vez en cuando te divertís en la escuela o colegio
Muchas veces te divertís en la escuela o colegio
22. Tenés muchos amigos(as)
Tenés algunos(as) amigos(as) pero quisieras tener más
No tenés ningún amigo(a)
23. Tu trabajo de la escuela o colegio va bien
En la escuela o colegio no te va tan bien como antes
Te va muy mal en las asignaturas en que casi siempre te iba bien
24. Nunca podrás hacer las cosas tan bien como otras personas de tu edad
Podés hacer las cosas tan bien como las hacen otras personas de tu edad si querés
Haces las cosas tan bien como lo hacen otras personas de tu edad
25. Casi siempre haces lo que te dicen
La mayoría de las veces no haces lo que te dicen
Nunca haces lo que te dicen
26. Realmente nadie te quiere
No estás seguro(a) si nadie te quiere
Estas seguro(a) de que alguien te quiere
27. Te llevas bien con las personas
Muchas veces tenés peleas con las personas
Todo el tiempo tenés problemas con las personas

ADMINISTRACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE KOVACS

Se le deben leer las tres oraciones al niño, para que éste escoja la que mejor describa cómo él se siente. Las instrucciones vienen al inicio del protocolo.

FORMA DE CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE KOVACS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 13 AÑOS.

PUNTAJE OSCILA ENTRE 0 Y 54

NIÑOS NORMALES: Puntajes de 6 o menos PUNTOS.(≤ 6)

NIÑOS CON DEPRESIÓN LEVE : DE 7 A 13 APUNTOS.

NIÑOS CON DEPRESIÓN MODERADA : 14 – 19 PUNTOS

NIÑOS CON DEPRESIÓN SEVERA: ≥ 20 PUNTOS.

Los ítems más críticos a tomar en cuenta en la depresión severa son:

4, 7, 9, 10, 13, 24 en el factor de depresión

1 y 15 en la falta de entusiasmo, depresión enmascarada bajo poco entusiasmo.

20,23, 25 y 26 en la caída de las relaciones interpersonales.

IMPORTANTE: si obtiene más de 4 ítems severos, se recomienda tomar contacto con alguno de sus padres y/o la maestra para un monitoreo más cercano de la depresión.

Si los allegados concuerdan con lo severo de la depresión es urgente referir al especialista en salud mental más cercano.

Factor 1° = depresión: Ítems 2, 4, 5, 7, 9,10, 13,16,18,21, y 24

Factor 2° = falta de entusiasmo: Ítems: 1, 3, 6, 8, 12, 15, 17 y 19

Factor 3° = dificultades en las relaciones interpersonales: Ítems 11, 14, 20, 22, 23, 25, 26 y 27.

Síntomas a observar en un depresión severa:

- tristeza o estado de ánimo depresivo}
- pobre concepto de sí mismo
- auto-culpa,
- auto-desprecio,
- auto-desaprobación,
- poco interés en las relaciones interpersonales o actividades sociales.

Tratamiento farmacológico de la depresión

Los antidepresivos se usan para el tratamiento del episodio depresivos moderado o grave aislados o dentro del trastornos depresivo recurrente, trastorno distímico, trastorno bipolar u otros trastornos del humor (como el asociado a una condición médica general).

En cuanto a la eficacia, no existen diferencias entre las diversas clases de antidepresivos. Sin embargo, sus perfiles de efectos adversos sí difieren, y son estos perfiles el principal factor que influye en la decisión de los clínicos acerca de cual antidepresivo prescriben²¹.

Antidepresivos tricíclicos

Indicaciones

La principal indicación de los antidepresivos tricíclicos es el trastorno depresivo.

Eficacia

La eficacia de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión está bien establecida. La tasa de respuesta a la imipramina se ubica entre 65%²² y 66%²³.

Dosis

Se sugiere el siguiente esquema para dosificar la imipramina²⁴. El tratamiento se inicia con una dosis de 25 mg/día administrados en una dosis única antes de acostarse. La dosis se incrementa por 25 mg cada 3 días, dependiendo de la respuesta clínica y tolerancia a los efectos adversos hasta alcanzar una dosis de 75 mg/día. Si ocurre respuesta, el paciente mostrará una mejoría clínica significativa en ansiedad, expresión física del malestar, disfunción cognoscitiva y estado de ánimo deprimido en la primera semana con esta dosis²⁵, pero puede tardar hasta 6 semanas para que sea aparente. Si estos síntomas no mejoran y no

²¹ Perry PJ, Alexander B, Liskow BI (1997). **Psychotropic Drug Handbook**. Washington: American Psychiatric Press, 7th Edition.

²² Klerman GL, Cole JO (1965). **Clinical pharmacology of imipramine and related antidepressant compounds**. Pharmacol Rev 17:101-141.

²³ Feinberg SS, Halbreich (1986). **The association between the definition and reported prevalence of treatment-resistant depression, in Psychosocial Aspects of Nonresponse to Antidepressant Drugs**. Washington: Edited by Halbreich U, Feinberg SS., American Psychiatric Press, pp 5-34.

²⁴ Perry PJ, Alexander B, Liskow BI (1997). **Psychotropic Drug Handbook**. Washington: American Psychiatric Press, 7th Edition.

²⁵ Katz MM, Koslow SH, Maas JW, et al (1987). **The timing, specificity and clinical prediction of tricyclic drug effects in depression**. Psychol Med 17:287-309.

existen contraindicaciones médicas ni signos de toxicidad, debe aumentarse la dosis, a una tasa de 25 mg/día, hasta una dosis máxima de 150 mg/día o hasta que el paciente empiece a mostrar mejoría o experimente efectos adversos intolerables. El tratamiento debe mantenerse a la misma dosis por al menos 9 meses con el objeto de evitar recurrencias.

Farmacocinética

Absorción

Los antidepresivos tricíclicos se absorben rápida y completamente en el intestino delgado después de la administración oral, usualmente alcanzando concentraciones plasmáticas pico en 2 a 8 horas. La presencia de comida en el estómago no retarda la absorción.

Metabolismo

Los antidepresivos tricíclicos se metabolizan principalmente en el hígado, a través de procesos de glucuronización e hidroxilación con la intervención del sistema citocromo P450 isoenzima 2D6. Estos metabolitos inactivos se excretan en la orina²⁶.

Eliminación

La vida media es de aproximadamente 24 horas, permitiendo de esta manera una única dosis diaria, usualmente a la hora de acostarse(6).

Efectos adversos

Anticolinérgicos

Los efectos anticolinérgicos incluyen visión borrosa, retención urinaria, constipación y boca seca²⁷.

Cardiovascular

²⁶ DeVane CL, Jarecke CR (1992). **Cyclic antidepressants in Applied Pharmacokinetics: Principles of Therapeutic Drug Monitoring**. Vancouver, WA: Edited by Evans WE, Schentag JJ, Jusko WJ., Applied Therapeutics, Vol 33 , pp 1-47.

²⁷ Davis JM, Casper RC (1978). **Side effects of psychotropic drugs and their management, in Principles of Psychopharmacology**. Edited by Clark WG, Del-Giudice J. New York, Academic Press, 1978, pp 479-494; Hollister LE: Antidepressant drugs, in Meyler's Side Effects of Drugs, Vol VIII. Edited by Dukes MNG. New York, American Elsevier, 1975, pp 31-46; Kupfer DJ, Detre TP: Tricyclic and MAO-inhibitor antidepressants, in Affective Disorders: Drug Actions in Animals and Man. Edited by Iverson LL, Iverson SD, Snyder SH. New York, Plenum, pp 199-232

El efecto adverso cardiovascular más común es la hipotensión ortostática (5% a 10% de incidencia). Existe un efecto tipo quinidina y un efecto inotrópico negativo²⁸.

Dermatológico

Se incluyen la vasculitis cutánea, urticaria y fotosensibilidad. Las reacciones cutáneas se presentan generalmente en los primeros dos meses del tratamiento, son usualmente inocuas, y raramente requieren que la terapia se discontinúe²⁹.

Hematológico

Puede presentarse una eosinofilia transitoria en las primeras semanas de tratamiento, pero no tiene significado clínico. Aparentemente también puede presentarse una leucopenia benigna y transitoria³⁰.

Hepático

No es infrecuente durante el tratamiento con AT detectar elevaciones en las transaminasas glutámico-oxalacética (SGOT) y glutámico-pirúvica (SGPT), la fosfatasa alcalina y aun de la bilirrubina. Estos hallazgos se consideran usualmente benignos, sin embargo deben vigilarse y darles seguimiento³¹.

Metabólico/endocrinológico

Se ha reportado galactorrea y amenorrea en mujeres y aumento de peso en ambos sexos.

Neurológico/psiquiátrico

Se ha reportado cuadro confusional, un síndrome cerebral orgánico agudo, secundario a la actividad anticolinérgica de los antidepresivos tricíclicos³². Los

²⁸ Roose SP, Glassman AH, Giardina EGV, et al (1987a) **Tricyclic antidepressants in depressed patients with cardiac conduction disease**. Arch Gen Psychiatry 74:360-364.

²⁹ Blackwell B (1975) **Adverse effects of antidepressant drugs, I: monoamine oxidase inhibitors and tricyclics**. Drugs 21:201-219, 1981; Hollister LE: Antidepressant drugs, in Meyler's Side Effects of Drugs, Vol VIII. Edited by Dukes MNG. New York, American Elsevier, pp 31-46.

³⁰ Ibid

³¹ Ibid. Leipzig RM (1992). **Gastrointestinal and hepatic effects of psychotropic drugs, in Adverse Effects of Psychotropic Drugs**. Edited by Kane J, Lieberman JA. New York, Guilford, pp 348-430

³² Livingston RL, Zucker DK, Isenberg K, et al (1983). **Tricyclic antidepressants and delirium**. J Clin Psychiatry 44:173-176.

antidepresivos tricíclicos pueden causar un tremor fino de reposo³³, así como disminuir el umbral convulsivo³⁴. También pueden causar una baja incidencia de disfunción eréctil y disminución de la libido, lo cual es reversible al discontinuar la medicación o disminuir la dosis del fármaco³⁵.

Teratogenicidad y Excreción en Leche Materna

La revisión de la literatura dicta que, como regla general, los antidepresivos tricíclicos deben evitarse en mujeres embarazadas, especialmente durante el primer trimestre, a no ser que sea absolutamente necesaria para el tratamiento de una paciente con depresión³⁶. No se recomiendan en mujeres lactantes, puesto que en la leche materna se detectan cantidades relativamente pequeñas del fármaco en madres en tratamiento, y los neonatos pueden estar expuestos a concentraciones potencialmente peligrosas debido a su inmadurez hepática³⁷.

Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS)

Existen actualmente cinco antidepresivos de este grupo en el mercado, desde 1988: fluoxetina, paroxetine, sertralina, fluvoxamina y citalopran. La principal indicación para el uso de los ISRS es el trastorno depresivo mayor³⁸. En la C.C.S.S. contamos con la fluoxetina en la lista oficial de medicamentos. La información que sigue se refiere a la fluoxetina.

³³ Sovner R, DiMascio A (1978). **Extrapyramidal syndromes and other neurological side effects of psychotropic drugs, in Psychopharmacology: A Generation of Progress**. Edited by Lipton MA, DiMascio A, Killam DF. New York, Raven, pp 1021-1032.

³⁴ Jick H, Dinan BJ, Hunter JR, et al (1983). **Tricyclic antidepressants and convulsions**. J Clin Psychopharmacol 3:182-185.

³⁵ DeLeo D, Magni G (1983). **Sexual side effects of antidepressant drugs**. Psychosomatics 24:1076-1081, 1983; Mitchell JE, Popkin MK: Antidepressant drug therapy and sexual dysfunction in men: a review. J Clin Psychopharmacol 3:76-79.

³⁶ Elia J, Katz I, Simpson GM (1987). **Teratogenicity of psychotherapeutic medications**. Psychopharmacol Bull 23:531-586, 1987

³⁷ Gelenberg AJ (1987). **Antidepressants in milk (letter)**. Biological Therapies in Psychiatry 10:13.

³⁸ Feighner JP, Boyer WF (1991). **Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: The Clinical Use of Citalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine and Sertraline**. New York, Wiley & Sons.

Eficacia

Depresión Moderada o Grave

La evidencia muestra una eficacia similar a la de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión moderada o grave³⁹. La fluoxetina mostró efectividad en pacientes deprimidos refractarios al tratamiento con antidepresivos tricíclicos⁴⁰. También es efectiva para prevenir las recaídas de depresión⁴¹.

Dosis

La dosis se establece generalmente en 20 mg al día⁴². Se considera que la prueba terapéutica para la fluoxetina es de 6 a 8 semanas⁴³. El tratamiento debe continuarse a la misma dosis por al menos 9 meses con el objeto de evitar recurrencias.

Farmacocinética

La vida media de eliminación de la fluoxetina tiene un promedio de 84 horas, y la de su metabolito activo norfluoxetina es de 146 horas⁴⁴. Se requieren de 6 a 7 semanas para alcanzar concentraciones plasmáticas estables. Se requiere el mismo período de tiempo para eliminar completamente la droga luego de su suspensión.

³⁹ Depression Guideline Panel (1993b) **Depression in Primary Care, Vol 1: Detection and Diagnosis** (Clinical Practice Guideline No 5; AHCPR Publ No 93-0551). Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, April.

⁴⁰ Beasley CM, Saylor ME, Cunningham TE, et al (1990a) **Fluoxetine in tricyclic refractory major depressive disorder**. J Affect Disord 20:193-200.

⁴¹ Montgomery SA, Dufour H, Brion S, et al (1988). **The prophylactic efficacy of fluoxetine in unipolar depression**. Br J Psychiatry. Br J Psychiatry 153 (suppl 3):69-76.

⁴² Wernicke JF, Dunlop SR, Dornseif BE, et al (1988). **Low dose fluoxetine therapy for depression**. Psychopharmacol Bull 24:183-188.

Wernicke JF, Dunlop SR, Dornseif BE, et al (1987). **Fixed dose fluoxetine therapy for depression**. Psychopharmacol Bull 23:164-168.

⁴³ Nierenberg AA, McLean NE, Alpert JE, et al (1995). **Early nonresponse to fluoxetine as a predictor of poor 8-week outcome**. Am J Psychiatry 152:1500-1503.

⁴⁴ De Vane CL (1992). **Pharmacokinetics of the selective serotonin reuptake inhibitors**. J Clin Psychiatry 53:13-20.

Efectos Adversos

Los efectos adversos más comunes de la fluoxetina están asociados con el sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal. No existe evidencia de cardiotoxicidad. La fluoxetina no tiene efecto en el intervalo PR o el complejo QRS⁴⁵. Los efectos adversos más frecuentes incluyen:

- Dolor de cabeza, mareos
- Nausea, diarrea, constipación
- Somnolencia o insomnio
- Sudoración, temblor; boca seca
- Ansiedad; inquietud
- Disfunción eréctil, anorgasmia y disminución de la libido.

Estos efectos adversos raramente requieren suspensión del tratamiento, y varios están relacionados con la dosis (p.ej. ansiedad, temblor y nausea)⁴⁶.

Teratogenicidad y excreción en leche materna

Datos de investigación sugieren que el uso de fluoxetina durante la embriogénesis no está asociado con un incremento del riesgo de malformaciones mayores, aunque las mujeres expuestas a ambos fluoxetina y antidepresivos tricíclicos tendían a reportar tasas más altas de abortos⁴⁷.

La fluoxetina se excreta en la leche materna y puede producir concentraciones plasmáticas clínicamente significativas en el lactante, lo cual se ha reportado que se manifiesta como una irritabilidad aumentada⁴⁸.

Interacciones medicamentosas

Muchas interacciones medicamentosas se asocian con la habilidad de los ISRS de inhibir competitivamente la enzima hepática CYP2D6, que es responsable de la oxidación de numerosas drogas, incluyendo antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos (p.ej. clozapina, tioridacina), carbamacepina. No se recomienda combinar antidepresivos tricíclicos (imipramina) con ISRS (fluoxetina).

⁴⁵ Fisch C (1985). **Effect of fluoxetine on the electrocardiogram**. J Clin Psychiatry 46:42-44.

⁴⁶ Janicak PG (1999). **Handbook of Psychopharmacotherapy**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

⁴⁷ Pastuzak A, Schick-Boschetto B, Zuber C et al (1993). **Pregnancy outcome following first-trimester exposure to fluoxetine (Prozac)**. JAMA 269:2246-2248.

⁴⁸ Isenberg KE (1990). **Excretion of fluoxetine in human breast milk (case report)**. J Clin Psychiatry 51:169, 1990

TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

Pretender homogeneizar los procesos de tratamiento psicoterapéutico en relación a la depresión y al intento suicida, es una tarea imposible, porque cada modalidad de tratamiento reclamaría su eficacia, aunado a la decisión del profesional de dirigir sus acciones con base en una orientación teórico-epistemológico específica y que le da un sentido a todo su quehacer.

Por tanto, lo que podemos ofrecer en este apartado son algunos lineamientos generales que se deben tener en cuenta por todos los y las profesionales en el momento de abordar dicha problemática, más allá de la modalidad de tratamiento utilizada.⁴⁹

Escuchar: ante una crisis emocional la persona necesita de alguien que la escuche con respeto, es importante entender el problema que está detrás de lo que se está escuchando. Valga recordar que cuando una persona está en crisis generalmente no tiene la claridad suficiente para expresar lo que le está sucediendo, lo que realmente le molesta. No es recomendable desgastar energía y esfuerzo rebatiendo la decisión de la persona, es más importante hacerle saber que es entendido y que su sufrimiento tiene un valor y una razón de ser. También es necesario hacerle saber que es muy probable que buscando la ayuda adecuada pueda salir adelante sin necesitar recurrir a un acto autodestructivo, como puede ser el intento suicida.

Evaluar el riesgo: escuchando a la persona y habiendo explorado si existe o no un plan ideado para ejecutar el suicidio, se puede evaluar el nivel de riesgo. El cual se refleja a través de aquellas acciones tendientes a la autodestrucción. Esto quiere decir que a mayor especificidad del plan suicida mayor riesgo de concretar el acto.

Tómelo con seriedad: siempre que una persona expresa ideas o pensamientos depresivos o suicidas es necesario prestarle atención. En muchas ocasiones una persona puede disimular lo mal que se siente y debajo de su aparente calma puede esconderse un conflicto que encierre profundos sentimientos de angustia.

No tema preguntar si la persona muestra depresión o ha abrigado pensamientos de suicidio: El que la persona pueda expresar abiertamente sus sentimientos o sus intenciones suicidas, ha demostrado, a través de la experiencia, que disminuye la probabilidad de que un evento se agrave o se lleve a cabo. Con frecuencia la persona agradece la oportunidad de hablar abiertamente sobre el tema y sabe que cuenta con alguien dispuesto a escucharla y a tomarla en serio.

⁴⁹ Fallas, G; Morera, G; Esquivel, F; Garita, C; Sequeira, M. (2002). **Comunicación y otros volados para una adolescencia plena.** San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

No se deje engañar: específicamente en el caso de las intenciones suicidas, muchas veces los jóvenes dicen haber pasado la crisis y que no necesitan más atención en ese sentido. Esto sucede porque inicialmente sienten un alivio que suele ser temporal, sin embargo, suele ocurrir que los mismos sentimientos surgen nuevamente, por lo tanto, el seguimiento es crucial.

Sea positivo y solidario: es muy importante ofrecer fortaleza y un vínculo fuerte a la persona afligida. Es necesario hacerle saber que se está procediendo de la manera adecuada y que se hará todo lo posible para darle apoyo y la ayuda que necesita. Felicítelo por hacer lo correcto aceptando ayuda.

Evalúe los recursos disponibles: haga una exploración de reconocimiento de los recursos con los que cuenta la persona, pues de seguro contará con elementos internos como mecanismos de racionalización, entendimiento, imitación y otros, los cuales deben ser fortalecidos y sostenidos. Tome en cuenta también recursos externos como amigos(as), familiares, consejeros(as), docentes, entre otros.

Actúe con eficacia: es importante que la persona sienta que la conversación le sirvió de algo, por lo tanto es necesario que plantearse metas al terminar la misma. Pregúntele terminada la conversación, sobre cómo se siente y háblele sobre las opciones o personas que usted ha pensado que le pueden ayudar. Se trata de darle algo tangible a lo cual asirse.

Intervención en crisis: se debe tomar en cuenta aspectos básicos como: hacer contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, explorar posibles soluciones, ayudar a tomar una acción concreta, seguimiento para comprobar progreso.

Plan de emergencia: se debe en conjunto con el o la adolescente elaborar un plan de emergencia donde se involucren también a otras personas que puedan apoyar el proceso, fundamentalmente recursos externos al Establecimiento de Salud.

Información y orientación al paciente y su familia:

La depresión es una enfermedad que si bien en la actualidad se considera un disfuncionamiento de múltiples sistemas bioquímicos del sistema nervioso central con afectación de otros sistemas del organismo, está también asociada a factores psicosociales y del desarrollo.

No es una enfermedad que se pueda atribuir a una debilidad de la personalidad o a otros factores tales como: que el paciente quiere llamar la atención de sus familiares, que quiere llevarles la contraria o mortificarlos, que no quiere trabajar o

estudiar, que quiere estar todo el día acostado sin hacer nada o que quiere pasar en su dormitorio para no tener que hablar con nadie.

Se cree que la depresión puede aparecer cuando las neuronas cerebrales no presentan una adecuada plasticidad, o sea, adaptaciones a nivel celular y molecular en respuesta a múltiples estímulos externos como el estrés, pérdidas de seres queridos, de un trabajo, de la salud, de un bien económico y también por alteraciones genéticas heredadas.

Los medicamentos que existen hoy en día para tratar la depresión revierten o mejoran la disfunción de la plasticidad cerebral, o sea, de la capacidad de las neuronas para adaptarse a los cambios. Esto conlleva a una mejor calidad de vida del paciente, y su posibilidad de volver a insertarse en la vida laboral, académica, familiar y social.

La depresión es una enfermedad que limita también la calidad de vida de los parientes, amigos y compañeros laborales o académicos de las personas que la padecen y se ha estimado que por cada paciente que padece depresión hay al menos tres personas a su alrededor que también están sufriendo.

Por lo anterior es muy importante que la persona reciba un tratamiento farmacológico por el tiempo que su médico le indique. Debe recordar que cuando lo inicia debe esperar de cuatro a ocho semanas para que el fármaco empiece su efecto antidepresivo, por lo cual debe ser paciente y que entre mejor se sienta, más puntualmente debe tomar el antidepresivo.

También debe saber que cerca de cien millones de personas de todo el mundo en un día cualquiera, sufren depresión.⁵⁰

⁵⁰ Leonard B, Healy D. (2000) **Efectos diferenciales de los antidepresivos**. España: Martin Dunitz.

GUIAS DE DEPRESION Y SUICIDIO EN ADOLESCENCIA PRIMER NIVEL DE ATENCION

ACTIVIDAD	TAREA	METODOLOGIA	RESPONSABLE
<p>1. Crear estrategias de coordinación e intervinientes e interinstitucionales para la prevención y atención integral de la depresión y el suicidio</p>	<p>1.1. Hacer inventario de diferentes recursos institucionales y comunales para el abordaje de situaciones de depresión y suicidio</p> <p>1.2. Fortalecer mecanismos de coordinación</p> <p>1.3. Capacitar a los miembros de las instituciones del Sector Salud en la detección, captación y referencia.</p> <p>1.4. Establecer mecanismo de referencia y contrarreferencia con las instituciones involucradas</p>	<p>1.1.1. Hacer un inventario del Sector Salud, Comités de Salud, Ministerio de Educación Pública (escuelas, colegios, sistemas alternativos de estudio), PANI, INA, Policía Municipal, Iglesias, Cruz Roja, Asociaciones Juveniles, Grupos deportivos, IAFA, IMAS, Albergues Comunitarios, empresa privada, líderes o personas de la comunidad dispuestas a ofrecer apoyo.</p> <p>1.1.2. Registrar información relativa a: personas responsables, ubicación, directorio telefónico, oferta de servicios.</p> <p>1.2.1. Información del inventario a todas las instituciones involucradas</p> <p>1.2.2. Realizar reuniones periódicas con las instituciones involucradas (por lo menos trimestralmente) para coordinar funciones, acciones y actividades.</p> <p>1.3.1. Diseñar y ejecutar programas de capacitación a funcionarios(as) de salud que tengan los siguientes temas: adolescencia, indicadores de depresión y suicidio, manejo de medicación, violencia intrafamiliar, abuso sexual, abuso extrafamiliar, intervención en crisis de primer nivel, manejo de grupos de apoyo, autoestima, autocuidado</p> <p>1.4.1. Mantener el formulario con copia al expediente de referencia y contrarreferencia que contenga al menos: nombre, sexo, edad, lugar, motivo de referencia y persona que refiere</p>	<p>EBAIS Equipo de Apoyo</p> <p>EBAIS Equipo de Apoyo</p> <p>CENDEISSS Funcionarios(as) del segundo y tercer nivel de atención</p> <p>EBAIS Equipo de Apoyo</p> <p>Instituciones involucradas</p>
<p>2. Detección de depresión leve, moderada o severa e intento de suicidio</p>	<p>2.1. Aplicación de instrumentos de tamizaje de depresión según grupo de edad</p>	<p>2.1.1. En los niños y niñas menores de 8 años se aplicará la "Lista Pediátrica"</p> <p>2.1.2. En los niños y niñas mayores de 8 años hasta 12 años se aplicará el "Inventario de depresión"</p>	<p>EBAIS Equipo de Apoyo</p>

		<p>2.1.3. En los y las adolescentes mayores de 14 años en adelante se aplicará la "Escala de Zung".</p> <p>2.1.4. Realizar entrevista con el o la usuaria</p>	
<p>3. Captación de las personas en todos los y las adolescentes con depresión leve, moderada o severa e intento de suicidio</p>	<p>3.1. Realizar actividades individuales y grupales de las personas con depresión leve</p> <p>3.2. Referencia al Segundo Nivel de Atención de las personas con depresión moderada y riesgo suicida</p> <p>3.3. Referencia al tercer nivel de las personas con depresión severa e intento suicida</p> <p>3.4. Registro y notificación</p>	<p>3.1.1. Conformación de grupos de autoayuda para las personas con depresión leve</p> <p>3.2.1. Realizar la referencia con copia a partir de la atención individual</p> <p>3.3.1. Realizar la referencia a psiquiatría o emergencias con copia a partir de la atención individual</p> <p>3.3.2. Buscar acompañante para que pueda dirigirse al tercer nivel, que reúna características de contención afectiva importante para el o la adolescente</p> <p>3.3.3. Involucrar algún miembro de la familia para que se establezca un apoyo permanente al o la adolescente</p> <p>3.4.1. Registrar y consolidar los casos atendidos de depresión, riesgo e intento suicida del EB AIS y por Área de Salud.</p> <p>3.4.2. Realizar la notificación obligatoria de la Depresión Severa e Intento Suicida a la instancia correspondiente</p>	<p>EB AIS</p> <p>Equipo de Apoyo</p> <p>EB AIS</p> <p>Encargado de REMES (Registros Médicos)</p>
<p>4. Implementación de actividades de promoción de la salud mental y prevención de la depresión y el riesgo suicida</p>	<p>4.1. Diseñar un plan de trabajo en las áreas de salud con participación social</p> <p>4.2. Realizar actividades de promoción y prevención</p>	<p>4.1.1. Realizar actividades en la comunidad que promuevan estilos de vida saludables (ferias de la salud, grupos recreativos, ejercicio físico, etc.)</p> <p>4.2.1. Realización de talleres dirigidos a grupos identificados (escolares, adolescentes, mujeres, etc.)</p> <p>4.2.2. Elaborar material informativo (folletos, afiches, etc.)</p> <p>4.2.3. Elaborar murales, pizarras informativas.</p>	<p>EB AIS</p> <p>Equipo de Apoyo</p> <p>Organizaciones comunales</p>

GUIAS DE DEPRESION Y SUICIDIO EN ADOLESCENCIA SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

ACTIVIDAD	TAREA	METODOLOGIA	RESPONSABLE
1. Constituir equipo especializado básico que reciba las referencias del primer nivel, las contrarreferencias del tercer nivel y de otras instituciones	1.1. Nombrar equipo interdisciplinario que contenga al menos psiquiatría, psicología, medicina, trabajo social y enfermería, que atienda los pacientes referidos. 1.2. Establecer mecanismos internos para el funcionamiento del equipo interdisciplinario 1.3. Definir estructura física específica destinada al tratamiento de pacientes con depresión e intento suicida. En caso de hospitales además definir estructura física para el internamiento.	1.1.1. Autoridades de cada centro (Clínica u Hospital) nombra a un equipo interdisciplinario especializado y capacitado en atención integral al paciente con depresión e intento de suicidio 1.1.2. Se conforma equipo y elabora plan de trabajo 1.2.1. Equipo diseña un protocolo interno de atención a pacientes con depresión e intento de suicidio. Además un protocolo de funcionamiento de equipo 1.3.1. Autoridades de cada hospital o Clínica destina un espacio físico con condiciones adecuadas para el tratamiento (individual y grupal) y en los hospitales, además para el internamiento de pacientes con depresión e intento de suicidio	Autoridades de cada centro (Clínica u Hospital) Equipo designado
2. Captación de adolescentes con depresión moderada e intento de suicidio por referencia del primer nivel de atención, contrarreferencia de tercer nivel y de otras instituciones	2.1. Recibir y valorar referencia 2.2. Valorar de acuerdo a prioridad la cita a corto, mediano o largo plazo 2.3. Registro y notificación	2.1.1. Recibir paciente referido por el primer nivel, excepto aquellos casos que por su gravedad ameriten su internamiento inmediato a través de emergencias o consulta ambulatoria, para aquellos centros no hospitalarios. 2.2.1. Valorar de acuerdo a criterios de riesgo su intervención a nivel de consulta ambulatoria o de internamiento 2.3.1. Registrar y consolidar los casos atendidos de depresión, riesgo e intento suicida del EBALS y por Área de Salud. 2.3.2. Realizar la notificación obligatoria de la Depresión Severa e Intento Suicida a la instancia correspondiente	Equipo designado Encargado de REMES (Registros Médicos)
3. Atención ambulatoria para	3.1. Valoración paciente	3.1.1. La valoración se realiza según los elementos específicos de cada disciplina, donde en caso de no	Equipo designado

depresión e intento de suicidio	<p>3.2. Exámenes complementarios</p> <p>3.3. Intervención terapéutica al paciente y su entorno (individual y grupal)</p>	<p>internamiento, se tiene que brindar tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico, programación de citas y abordaje familiar. En caso de internamiento además del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, se hace valoración del riesgo, se discute el caso en equipo interdisciplinario y se establece si requiere alguna o todas las siguientes intervenciones: individual, grupal y familiar</p> <p>3.2.1. Los exámenes complementarios de gabinete se realizan solo en los casos en que sea necesario.</p> <p>3.3.1. La intervención terapéutica será brindada por el equipo interdisciplinario que analizará y discutirá el caso en conjunto para establecer la intervención más adecuada</p>	Medicina Enfermería
4. Atención observación en servicios de urgencia por de	<p>4.1. Valoración paciente</p> <p>4.2. Exámenes complementarios</p> <p>4.3. Intervención en crisis</p>	<p>4.1.1. Procedimiento médico de urgencias si lo requiere: lavado gástrico, sutura, etc.</p> <p>4.1.2. La valoración se realiza según los elementos específicos de cada disciplina, donde en caso de no internamiento, se tiene que brindar tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico, programación de citas y abordaje familiar. En caso de internamiento además del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, se hace valoración del riesgo, se discute el caso en equipo interdisciplinario y se establece si requiere alguna o todas las siguientes intervenciones: individual, grupal y familiar</p> <p>4.2.1. Los exámenes complementarios de gabinete se realizan solo en los casos en que sea necesario.</p> <p>4.3.1. Intervención psicofarmacológica</p> <p>4.3.2. Internamiento en condiciones de protección al paciente</p>	Equipo designado

GUIAS DE DEPRESION Y SUICIDIO EN ADOLESCENCIA TERCER NIVEL DE ATENCION

ACTIVIDAD	TAREA	METODOLOGIA	RESPONSABLE
1. Constituir equipo que atienda los casos de depresión y suicidio, en emergencias, consulta ambulatoria e internamiento	1.1. Nombrar equipo interdisciplinario que atienda los y las adolescentes referidos 1.2. Elaborar plan de trabajo 1.3. Establecer mecanismos internos para el funcionamiento del equipo interdisciplinario	1.1.1. Autoridades de cada hospital nombra a un equipo interdisciplinario especializado en atención integral al paciente con depresión e intento de suicidio. 1.2.1. El equipo debe estar constituido por profesionales de las áreas de medicina, psicología, trabajo social, psiquiatría, enfermería. 1.3.1. Equipo diseña un protocolo interno de atención a adolescentes con depresión e intento suicida. Además de un protocolo de funcionamiento de equipo.	Autoridades hospitalarias Equipo designado
2. Recibir referencias de adolescentes con depresión severa e intento suicida del primer y segundo nivel	2.1. Referir y valorar referencias 2.2. Valorar de acuerdo a prioridad y tomar decisión de enviar al o la adolescente a emergencias, consulta ambulatoria o internamiento en el hospital o al hospital psiquiátrico 2.3. Registro y notificación	2.1.1. Análisis de la referencia por el especialista adecuado 2.2.1. Aplicación de protocolo por el equipo designado para toma de decisión, pero todos deben ser valorados, siendo que los que han hecho intento suicida o con depresión severa deben ser internados. 2.3.1. Registrar y consolidar los casos atendidos de depresión, riesgo e intento suicida del EBALS y por Área de Salud. 2.3.2. Realizar la notificación obligatoria de la Depresión Severa e Intento Suicida a la instancia correspondiente	Autoridades hospitalarias Equipo designado Encargado de REMES (Registros Médicos)

<p>3. Atención ambulatoria para adolescentes con depresión moderada valorados y referidos por emergencias de segundo nivel</p>	<p>3.1. Valoración de la referencia de casos de depresión severa, moderada e intento suicida</p> <p>3.2. Exámenes complementarios</p> <p>3.3. Intervención terapéutica al paciente su entorno (individual y grupal)</p>	<p>3.1.1. La valoración se realiza según los elementos específicos de cada disciplina, donde se tiene que dar tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico, programación de citas y abordaje familiar.</p> <p>3.2.1. Los exámenes complementarios de gabinete se realizan solo en los casos en que sea necesario.</p> <p>3.3.1. La intervención terapéutica será brindada por el equipo interdisciplinario que analizará y discutirá e caso en conjunto para establecer la intervención adecuada</p>	<p>Equipo designado</p>
<p>4. Atención en observación por servicios de urgencia</p>	<p>4.1. Valoración paciente</p> <p>4.2. Exámenes complementarios</p> <p>4.3. Exploración del riesgo</p> <p>4.4. Intervención en crisis</p> <p>4.5. Definición si el paciente se egresa</p>	<p>4.1.1. Abordaje de la emergencia médico-quirúrgica, intoxicación medicamentosa, heridas, etc.</p> <p>4.2.1. Los exámenes complementarios de gabinete se realizan solo en los casos en que sea necesario.</p> <p>4.3.1. La valoración se realiza según los elementos de cada disciplina, donde si no se tiene que internar se tiene que brindar tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico y referencia a los otros niveles para el abordaje familiar</p> <p>4.3.2. Realización de entrevista, donde se explore factores agravantes: familiar, medio social de riesgo, uso de sustancias tóxicas, abuso sexual, intentos suicidas previos, asociado a pérdida o duelo reciente.</p> <p>4.4.1. Atención interdisciplinaria de la crisis</p> <p>4.5.1. Se realiza entrevista final, se busca redes de apoyo y se hace referencia al segundo o primer nivel según</p>	<p>Equipo médico de emergencias</p> <p>Equipo designado</p> <p>Equipo designado</p>

	<p>4.6. Definición si el paciente se interna</p>	<p>corresponda</p> <p>4.5.2. En casos muy severos continuará control con el equipo de adolescentes de Consulta Externa del Tercer Nivel de Atención.</p> <p>4.6.1. Se tiene que brindar tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico</p>	<p>Equipo designado</p> <p>Equipo Designado</p>
<p>5. Internamiento a adolescentes con intento suicida y depresión severa o moderada con factores psicosociales agravantes</p>	<p>5.1. Valoración e intervención de paciente internado</p> <p>5.2. Exámenes complementarios</p> <p>5.3. Intervención terapéutica al paciente y su entorno</p> <p>5.4. Atención secuelas médicas del intento suicida</p> <p>5.5. Egreso del y la adolescente</p> <p>5.6. Intervención Interinstitucional</p>	<p>5.1.1. Además del tratamiento psicofarmacológico y el tratamiento psicoterapéutico, se discute el caso en equipo interdisciplinario y se establece si se requiere alguna o todas las intervenciones: individual, grupal y familiar</p> <p>5.2.1. Los exámenes complementarios de gabinete se realizan solo en los casos en que sea necesario.</p> <p>5.3.1. Valoración e intervención individual, grupal y familiar.</p> <p>5.3.2. Internamiento en condiciones de protección al o la adolescente, sobretudo los que presentan factores de riesgo</p> <p>5.4.1. Según protocolos establecidos</p> <p>5.5.1. Referencia al nivel que corresponde</p> <p>5.6.1. Referencia del caso a instituciones como Patronato Nacional de la Infancia, Fiscalía de Delitos Sexuales, entre otras en caso que lo amerite</p>	<p>Equipo designado</p> <p>Laboratorio</p> <p>Equipo designado</p> <p>Médico(a)</p> <p>Equipo designado</p>