GUÍA TÉCNICA:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

I. FINALIDAD

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 18 años con depresión que acuden a los establecimientos de salud desde el primer nivel de atención.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer los criterios y procedimientos técnicos efectivos, seguros y de calidad en la atención integral, de las personas mayores de 18 años con depresión, en los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales, con énfasis en los del primer nivel de atención.

Objetivos específicos

- Estandarizar los procedimientos y criterios para la detección temprana de síntomas depresivos a través del tamizaje de las personas mayores de 18 años, en los servicios de salud desde el primer nivel de atención.
- Estandarizar los procedimientos y criterios para la evaluación y diagnóstico de la depresión en personas mayores de 18 años, en los servicios de salud desde el primer nivel de atención.
- Estandarizar los procedimientos y criterios para el tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años, en los servicios de salud desde el primer nivel de atención.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es de alcance nacional y de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud desde el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, a cargo de las Direcciones de Redes integradas de Salud (DIRIS); y de los Gobiernos Regionales, a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA), a nivel nacional. Es referencial para los establecimientos de salud de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, mixtos, privados y otros prestadores de salud que forman parte del sector salud a nivel nacional.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Mod. Psiq. YURI L. GUTIRE CARDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR: TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

- Se utiliza los criterios de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE -10).
- Se considera la codificación de la categoría F32 del CIE -10 y sus subcategorías:

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

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Activación Conductual:** Terapia orientada a la consecución de objetivos conductuales a través de la programación de actividades personales y/o sociales para reincorporar a las personas a sus rutinas habituales. Se centra en el uso de actividades placenteras para aumentar la posibilidad de reconectar a la persona con sus fuentes de refuerzo positivo y así mejorar su estado de ánimo. (1) (2)
- **Actividad física:** Todo movimiento corporal producido por el sistema músculo esquelético realizado de manera regular, con la intención de mejorar o mantener la aptitud física o la salud. Implica todos los movimientos realizados tanto en el hogar, como en el trabajo y diferentes espacios. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud. (3).
- **Actividad física para la salud:** Comportamiento vinculado para la mejora y, con ello, la generación de condiciones personales para facilitar la funcionalidad y el aprendizaje, además disminuye el riesgo para desarrollar enfermedades. Requiere de un mínimo de duración, intensidad y frecuencia; sus dimensiones más

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. OLTIPE CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

importantes la resistencia cardiorrespiratoria, la fuerza y la resistencia muscular, la composición corporal (medido a través de propiedades corporales como la talla, índice de masa, superficie y densidad corporal), los aspectos neuromotores y la flexibilidad. La actividad física disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y de esta manera podría ser un factor clave, en la mejoría de la longevidad y calidad de vida.

- **Familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos mentales y problemas psicosociales**: Familias de sectores priorizados a quiénes se brinda un conjunto de actividades desarrolladas por el personal de la salud capacitado (psicología, enfermería, obstetra o trabajadora social) para fortalecer el manejo de estrategias para el cuidado de los(las) hijos(as), las relaciones de pareja y al fortalecimiento de las redes de apoyo que se encuentran en su comunidad. Estas acciones tienen por objetivo promover las relaciones armoniosas entre las familias y parejas, así como una participación activa de los miembros de la comunidad a fin de contribuir a prevenir y reducir la violencia familiar.
- **Discapacidad**: Término genérico que incluye las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales que una persona puede tener limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores ambientales.
- **Episodio depresivo (F32):** La persona sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos". (CIE 10)
- **Problemas psicosociales:** Son alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre estas y su ambiente, por ejemplo: Pautas de crianza no saludables; carencias afectivas; aprendizaje de roles estereotipados de género; pérdida de valores y del sentido de la norma; desintegración familiar, comunitaria y social; estigma y discriminación, entre otros.
- **Trastorno mental y del comportamiento:** Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

- **PHQ- 9 (**Patient Health Questionnaire)**:** La escala autoadministrada de tamizaje, clasificación de la severidad y seguimiento PHQ-9, en español *Cuestionario de Salud del Paciente*, consta de 9 ítems y permite obtener un diagnóstico provisional de depresión, así como valora la severidad de los síntomas depresivos durante las 2 semanas previas a la aplicación de esta escala. (5)
- **GDS – 15** (Geriatric Depression Scale)**:** La Escala de Depresión Geriátrica cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores. Consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (si o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo durante los últimos 15 días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para aplicar esta escala se necesitan 5 minutos, en promedio.
- **Plan de Atención Individualizado (PAI):** Es el conjunto de intervenciones planificadas a partir de los recursos, necesidades y/o problemas identificados en la persona usuaria tras la evaluación y diagnóstico realizado por el equipo interdisciplinario tratante del Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) y consensuada con la persona usuaria y cuidador(a), este se encuentra descrito en la historia clínica. El PAI contiene la determinación de necesidades y/o problemas, identificación de recursos/fortalezas, formulación de objetivos e intervenciones terapéuticas, asignación de responsables, su plan seguimiento como de evaluación.
- **Plan de Continuidad de Cuidados Individualizado (PCCI):** Es un conjunto de intervenciones que se elabora en el marco de la continuidad de cuidados con la participación de la persona usuaria, el equipo tratante y/o cuidador(a) de manera conjunta, donde se formula la planificación de múltiples intervenciones a realizar en base a necesidades, problemas y potencialidades identificados en la evaluación, los mismos que son revisados

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUMPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

y/o actualizados de manera permanente según sea la necesidad de la persona usuaria.

- **Persona con discapacidad**: La que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerce o pueda verse impedida de ejercer sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de oportunidades condiciones que los demás.
- **Terapia cognitivo conductual:** Terapia basada en la interpretación de las situaciones (estructura cognitiva de las experiencias) que determina cómo se siente y se comporta un individuo. Se basa en la premisa que la cognición, el proceso de adquisición de conocimientos y la formación de creencias, es un determinante primario del estado de ánimo y el comportamiento. Utiliza técnicas conductuales y verbales para identificar y corregir el pensamiento negativo que está en la raíz del comportamiento disfuncional. (6)
- **Psicoterapia familiar:** Implica el tratamiento de más de un miembro de la familia simultáneamente en la misma sesión. El foco principal de esta psicoterapia son las relaciones familiares. La terapia familiar se basa en la teoría de que una familia es un sistema que procura mantener la homeostasis (equilibrio), al margen de su grado de desadaptación. Las técnicas se centran en las relaciones entre sus miembros más que en la persona. Uno de los objetivos fundamentales del terapeuta familiar es determinar qué función homeostática, aunque patológica, cumple la persona en ese sistema familiar concreto y enfocarlo a un estado funcional.
- **Psicoterapia grupal:** Terapia con un componente psicoeducativo, centrado en la enseñanza de técnicas y estrategias para hacer frente a los problemas que, se supone, están relacionados con la depresión; tales estrategias incluyen la mejoría de las habilidades sociales como abordaje de los pensamientos negativos, aumento de las actividades placenteras y entrenamiento de relajación. (7)

5.2. ETIOLOGÍA

La etiología de la depresión es heterogénea. La evidencia científica actual propone una comprensión amplia, multifactorial sobre la interacción genética (estudios señalan un mayor riesgo de depresión en gemelos), biológica (disminución de monoaminas como serotonina, noradrenalina y dopamina) y ambiental (estresores psicosociales principalmente) en los trastornos depresivos. (8)

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Mod. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
Vº Bº
DIRECTOR EJECUTIVO

5.2.1 Modelo explicativo de la depresión: enfoque bio-psico-social

El modelo explicativo propone la interacción entre los factores de riesgo y los contextos individual, interpersonal, comunitario y social. La depresión puede ser comprendida en base a la interacción de factores intrínsecos (personales, biológicos) y extrínsecos (socioculturales, político-económicos). Esta perspectiva multicausal, amplía la visión del diagnóstico y tratamiento a otros factores más allá de cumplir con criterios clínicos y conecta con otros factores psicosociales como el abuso, el maltrato, la resiliencia, entre otros; lo cual explica la variabilidad de los síntomas de la depresión, curso y respuesta al tratamiento. (9)

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Los hallazgos de estudios fisiopatológicos de la depresión no apuntan a una definición clara y única; sin embargo, permiten el desarrollo de intervenciones personalizadas y de mayor precisión. (10) (11)

El desarrollo de fármacos antidepresivos está ligado a la mejora del estado de ánimo y a la regulación de los sistemas de neurotransmisión monoaminérgica (niveles elevados de monoamino oxidasa-A, MAO-A) principalmente en serotonina, dopamina y noradrenalina, como también otros neurotransmisores como el glutamato y el ácido γ-aminobutírico (GABA). (12)

La fisiopatología de la depresión reconoce la interacción del sistema inmunológico y el sistema nervioso. Ambos sistemas desarrollan reacciones al estrés ambiental relativamente simples y rápidas. Se ha evidenciado que la IL-6 es capaz de modular las corrientes inhibitorias GABA-érgicas producidas por la estimulación de las fibras recurrentes en la corteza prefrontal. Una diferencia notable entre el fenómeno producido por el aumento de la señalización de las neurocininas y el de la neuroinflamación, y la depresión, es la reversibilidad de los efectos. El aumento de citocinas centrales resultante de infecciones que no son graves, del ejercicio o del estrés moderado, produce cambios neuronales reversibles. Estos cambios neuronales provocados por las citocinas IL-1β, IL-6 y TNF-α, incluyen la estimulación de los receptores de NMDA y del ácido α-amino-3-hidroxi-5-metilo-4- isoxazolpropiónico (AMPA), y el equilibrio de su activación, así como la disminución de la expresión de los receptores GABA en las neuronas, lo que provoca un aumento de la excitabilidad reversible. Estos cambios pueden continuar durante semanas, meses o años, y es uno de los mediadores moleculares clave en la inducción del desarrollo de los síntomas depresivos. (13)

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L.
CUTIPÉ
CÁRDENAS
V°B°

También la producción de metabolitos de triptófano neurotóxicos después de la activación de la indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO), se considera un paso esencial en el proceso fisiopatológico de la depresión, lo cual se suma al hecho de que durante el estrés se reduce la síntesis del 5-hidroxitriptofano (5-HT) en el cuerpo y la de la serotonina en el cerebro. (13)

Se ha demostrado que el estrés crónico y la activación de las vías proinflamatorias se acompañan de resistencia de los receptores a los glucocorticoides. También se ha reportado repetidamente que la concentración de la hormona cortisol se encuentra elevada en las personas deprimidas. La inflamación inducida podría estimular la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal por medio de la acción directa de las citocinas en el cerebro, o mediante la inducción de resistencia a los glucocorticoides.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluido un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (14)

En el estudio epidemiológico de salud mental de Lima Metropolitana y Callao realizado en el año 2012 en población general, se determinó la prevalencia de vida de la depresión en 17.3%, la prevalencia anual en 6.2%, a 6 meses en 4,6% y la actual de 2,8%. (15)

Por otro lado, los trastornos mentales alcanzaron el 17.5% del total de carga de enfermedad en el año 2012, ocupando el primer lugar y produciendo más de un millón de AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad) y la depresión generó la mayor carga de enfermedad (224, 535 AVAD, 3.9% del total) (Ministerio de Salud, 2014). En el año 2016, se mantuvieron las tendencias, y los trastornos mentales volvieron a ocupar el primer lugar de carga de enfermedad, estimándose una pérdida de 668, 114 AVAD (12.7% del total). De ellos, nuevamente la depresión produjo la mayor cantidad de AVAD (218, 277 años, 4.3% del total). El último reporte de carga de enfermedad fue publicado por el Ministerio de Salud en diciembre del 2020 y tuvo como base los datos de

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

mortalidad y morbilidad del año 2018 por cada una de las 24 regiones (Lima y Callao combinadas). En todas las regiones la depresión se encontró dentro de las 10 primeras enfermedades con mayor carga de enfermedad. A nivel nacional, la depresión produjo 162, 822 AVAD (en promedio 3.14% de todos los AVAD por enfermedad). En el ámbito regional destacan Tacna, San Martín, Lima y Moquegua, regiones con las cargas más altas, en las que la depresión comprendió el 4.1%, 4%, 3.6% y 3.5% del total de los AVAD, respectivamente. (16)

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La depresión es un proceso multifactorial, responde a variables individuales y ambientales en su inicio y/o mantenimiento. Para su comprensión las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en 2 grandes factores: individuales y ambientales. Dentro de los factores individuales se encuentran los factores biológicos (factores genéticos, vulnerabilidad biológica, sexo, edad y los problemas crónicos de salud), psicológicos (vulnerabilidad psicológica, antecedentes de síntomas depresivos, otros trastornos psíquicos, estrés crónico, estilo de pensamiento, los relacionados al género, rasgos de la personalidad, la afectividad negativa y los estilos de vida no saludables). Dentro de los factores ambientales tenemos los factores familiares (trastorno psíquico en los padres, conflictos en las relaciones familiares, situaciones de violencia intrafamiliar, estilos educativos negativos, maltrato/abuso.) y sociales (acontecimientos vitales estresantes, dificultades en las relaciones, haber sido víctima de acoso, bullying, ambiente laboral hostil, desempleo, bajo nivel de educación, bajo nivel de recursos económicos, otras circunstancias sociales adversas). En el Anexo 1 se presentan factores de vulnerabilidad asociados a la depresión.

Estudios como Predict-D, que incluyó población chilena, presenta un algoritmo con factores modificables (falta de apoyo en el trabajo remunerado o no, peor percepción de salud física y/o salud mental y de la discriminación) y no modificables (edad, sexo, nivel educativo, episodio depresivo previo, antecedentes de problemas psicológicos en familia de primer grado) en la aparición de la depresión. (17)

Un estudio en atención primaria señala que el estrés financiero o tensión laboral, acontecimientos vitales estresantes (viudez), antecedentes de estados de ansiedad o episodios depresivos son factores predictivos para depresión. (18) (19).

Entre los diferentes factores de riesgo, tenemos:

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gambea

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YNRI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° Dirección General

5.5.1 Medio ambiente

Se consideran factores asociados a los acontecimientos vitales estresantes, (duelo), conflictos en las relaciones familiares (incluida la violencia intrafamiliar), maltrato, estilo educativo, ambiente laboral hostil, entre otros.

5.5.2 Estilos de vida

Varios factores del estilo de vida se asocian con la depresión. Un estudio reciente, longitudinal, del Biobanco del Reino Unido, reportó incremento del riesgo de depresión en personas que pasan mayor tiempo frente a la pantalla y un mal patrón de sueño. Otro estudio, reportó el sedentarismo y la falta de actividad física. (20)

5.5.3. Factores hereditarios

Estudios sobre la ascendencia y descendencia de las personas con depresión reportan riesgos. Personas con antecedentes familiares de primer grado con trastorno depresivo presentan el doble de posibilidades de manifestar depresión en comparación a los de segundo grado. (21) (22)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

- Entre los signos y síntomas de la depresión considerar la presencia de síntomas del estado de ánimo, neurovegetativos, cognitivos y conductuales en al menos 2 semanas.
  - **Humor depresivo o afecto depresivo**: Estado de ánimo caracterizado principalmente por diversos grados de tristeza acompañado de sentimientos de minusvalía, disminución de la valoración personal, pérdida de confianza o disminución de la autoestima y/o labilidad emocional.
  - **Anhedonia:** Disminución para experimentar placer en las actividades de la vida cotidiana.
  - **Disminución de la energía:** Disminución de la vitalidad, referido como cansancio injustificado, por lo general suele manifestarse más por la mañana que por la tarde.
  - **Alteración del pensamiento:** Alteraciones cognitivas manifiestas en ideas

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUMBE CÁRDENAS DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

pesimistas, desesperanza, culpa excesiva, autorreproche, en ocasiones ideas de muerte o de enfermedad.

- **Dificultades en la concentración:** Disminución de la capacidad para mantener la atención o tendencia a desviarse fácilmente del asunto o actividad en curso.
- **Agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva):** Marcado incremento o disminución de la actividad psicomotora.
- **Alteraciones somáticas:** Perturbaciones físicas como molestias o trastornos digestivos, estreñimiento o diarrea, dolores (cefalea, osteomusculares, precordial, etc.), astenia, cansancio, debilidad, fatiga y disfunción sexual. (23)
- **Alteraciones del sueño:** Cambios en el patrón del sueño por incremento (hipersomnia) o disminución (insomnio) tanto por su cantidad y calidad del sueño.
- **Alteraciones en el apetito:** Cambios en la actitud y comportamiento relacionado a la alimentación manifiesto en la marcada disminución o incremento con cambios en el peso corporal.
- **Ideación suicida:** Pensamientos sobre el deseo de morir; su gravedad varía en función de la especificidad de los planes suicidas.
- **Conducta suicida:** Comportamiento potencialmente lesivo y autoinflingido, en la que hay evidencia que la persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad o la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida. (21)

6.1.2 Interacción cronológica.

En relación a la interacción del tiempo/curso de enfermedad y depresión:

- La detección precoz de la depresión cuando se realiza de manera eficaz y de rutina, conlleva a una intervención oportuna para una menor probabilidad de desarrollar niveles severos, comorbilidades, complicaciones y cronicidad de los síntomas depresivos.
- Desde el diagnóstico de la depresión o la manifestación de sus síntomas, considerar el monitoreo y la identificación de factores contextuales que influyen tanto en el curso de la enfermedad y el tratamiento según el nivel de severidad.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI J. QUIPE CARDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

- El tratamiento temprano incluye intervenciones de tipo psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicosocial, según las características de la depresión y el perfil de severidad. El tratamiento oportuno disminuye la sintomatología depresiva y por consiguiente impacta en la calidad de vida de la persona y el retorno a su funcionamiento esperado.
- La depresión sin tratamiento puede derivar en un trastorno crónico y se asocia a una mayor severidad al menos en un tiempo de 2 años de seguimiento. (24)

6.2. TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

6.2.1. Tamizaje

- Es la identificación de posibles usuarios con depresión en las personas mayores de 18 años; se realiza prioritariamente en los servicios de medicina, salud sexual y reproductiva, TB, ITS/VIH – SIDA, CRED (madre, padre o cuidadores/as de niños y niñas) y cáncer; y, comprende la observación, entrevista y aplicación de instrumentos con la finalidad de detectar la presencia de síntomas depresivos. (Ver Anexo 4)
- El tamizaje se realiza en consulta externa por el personal de la salud: Médicos generales, médicos de familia, enfermeras(os), psicólogos(as), asistentes sociales, obstetras de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado en salud mental correspondientes a las categorías I-1 a la I-4.
- El personal de la salud identifica activamente a las personas con signos y síntomas depresivos como insomnio, bajo estado de ánimo, anhedonia, pensamientos pesimistas e ideación suicida, especialmente aquellas con factores de riesgo.
- En el proceso de detección de la depresión, se considera la presencia o concurrencia de los siguientes síntomas:
  - Insomnio, tristeza, bajo estado de ánimo, anhedonia, pensamientos pesimistas e ideación suicida.
  - Antecedente de trauma previo en cualquier etapa de la vida.
  - Historia previa de episodio depresivo.
  - Historia familiar de depresión
  - Problemas psicosociales: desempleo, separación conyugal, eventos vitales estresantes, violencia (maltrato), entre otros.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

  - Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
  - Consultas frecuentes al sistema de salud.
  - Enfermedades médicas crónicas, especialmente, cuando hay compromiso de funcionalidad (problemas cardiovasculares, diabetes, dolor crónico, trastornos neurológicos).
  - Historia de intentos de suicidio o familiares con intento o conducta suicida.
  - Cambio en sus actividades con tendencia al sedentarismo.
- Para el tamizaje se utilizan instrumentos en formato impreso o digital del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, adultos) y la Escala de Depresión Geriátrica para adultos mayores (GDS-15). Ver Anexos 2 y 3.
- La calificación del PHQ-9 tiene un valor máximo de 27 puntos y el GDS -15 un valor máximo de 15 puntos, ambos con un punto de corte de 5 para calificar un caso positivo o negativo; por lo que, a partir de 5 preguntas positivas es un posible diagnóstico de depresión, esto es cuando se obtengan puntajes mayores o iguales a 5 preguntas con respuesta afirmativa. Ver Anexos 2 y 3.
- El tamizaje positivo en depresión indica un posible diagnóstico de depresión (no sustituye al diagnóstico).
- Todo tamizaje positivo recibe consejería en salud mental a fin de informar sobre los resultados obtenidos. Asimismo, para diagnóstico y tratamiento, se realiza la interconsulta o teleinterconsulta al/a la médico y/o psicólogo/a, priorizando las necesidades del (la)usuario(a).
- La persona con ideación, riesgo o antecedente de conducta suicida es evaluada por el/la médico psiquiatra o profesional de salud mental. Para mayor detalle de la evaluación de riesgo suicida ver el subnumeral 6.4.4., referido a signos de alarma.
- El tamizaje negativo en depresión (puntaje menor a 5) indica ausencia o mínima presencia de síntomas depresivos. Si es valorado como negativo, recibe orientación y consejería en salud mental utilizando recursos impresos, digitales o ambos.
- Si a pesar del resultado negativo, se observan signos depresivos, el personal de la salud realiza la interconsulta al servicio de salud mental del establecimiento de salud y acompaña a la persona usuaria para la evaluación correspondiente.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Mod. Psic. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

- Si la persona usuaria no considera necesario continuar con la atención en salud, se brinda información sobre la importancia de recibir atención y se deja constancia escrita en la historia clínica.
- Para la codificación considerar:
  Tamizaje en trastornos depresivos 96150.03
  Tamizaje positivo en trastornos depresivos adicionar el código Z133.

6.2.2 Evaluación y diagnóstico

A. Evaluación

- La evaluación es integral, con el objetivo de determinar si la persona padece de depresión y descarte de comorbilidades.
- El personal médico y los profesionales de la salud realizan las evaluaciones según su competencia y necesidades de la persona.
- En los establecimientos de salud no especializados, la evaluación se realiza por médico general, médico de familia y/o profesional de psicología. En los CSMC, se realiza por el equipo interdisciplinario para la evaluación integral.
- Para el trato con el(la) usuario(a) se considera la escucha activa, actitud receptiva, empatía, respeto y privacidad, y evitar juzgar.
- Se utiliza la entrevista clínica para la valoración de los signos, síntomas, soporte social, factores de vulnerabilidad, comorbilidades, fortalezas y otros aspectos asociados a la depresión, que nos permitan llegar al diagnóstico. Se considera el uso del idioma nativo, y, de ser necesario, contar con un intérprete (familiar o miembro de la comunidad o personal de la salud); en caso que el/la paciente acuda acompañado/a de un familiar u otra persona, sería conveniente contar con su consentimiento previo para que ese acompañante sirva de intérprete o esté presente en la atención.
- El personal médico y/o profesional de psicología realizan las siguientes actividades:
  - Elaborar una historia clínica.
  - Realizar una entrevista clínica.
  - Valorar a través de instrumentos según se requiera.
  - Entrevistar al/ a la acompañante o cuidador/a.
  - Realizar las interconsultas pertinentes.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPE CARDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

- Evaluar los siguientes aspectos para determinar la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión:
    - Características del episodio: Duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidades.
    - Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
    - Grado de disfunción y/o discapacidades asociadas.
    - Riesgo de suicidio.
    - Respuesta previa al tratamiento.
- Tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como género, la familia, la red social o el estigma percibido, entre otros.
- En la evaluación de la depresión en personas adultas y adultas mayores se prioriza la identificación de vulnerabilidad, comorbilidad, problemas psicosociales asociados, limitaciones sensoriales o deterioro cognitivo en las poblaciones listadas en el Anexo 4.
- Las escalas o instrumentos de evaluación del ánimo o de depresión aportan una información complementaria en la evaluación diagnóstica, y no sustituyen a la valoración clínica.
- Se utilizan instrumentos en formato impreso o digital del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, adultos) y la Escala de Depresión Geriátrica para personas adultas mayores (GDS-15).
- Los/as profesionales de la salud mental, de considerar necesario, aplican otras escalas complementarias para valorar el impacto funcional, familiar, sexual, social y la calidad de vida del/de la usuario/a.
- Se consignan los datos de la evaluación en la historia clínica del/del usuario/a.

B. Diagnóstico

- El diagnóstico de depresión es clínico y se basa en los resultados de la evaluación integral de la persona.
- El diagnóstico se realiza por el/la profesional médico cirujano y médico especialista. Es importante mencionar que el equipo interdisciplinario participa según sus competencias.
- Utilizar los criterios de la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

- Para el diagnóstico diferencial tomar en cuenta los datos de la anamnesis, examen físico y mental, pruebas de laboratorio y otras comorbilidades médicas. Ver literal C Criterios diagnósticos.
- El/la médico cirujano o médico especialista, de considerar necesario, utiliza instrumentos (escalas, cuestionarios) que aportan información complementaria, esto no sustituye a la valoración clínica.
- En el proceso de diagnóstico de la depresión descartar trastorno bipolar en base a los criterios clínicos.

C. Criterios diagnósticos

- Los criterios clínicos para el diagnóstico corresponden a la CIE 10. (25)
- La categoría F32, Episodio Depresivo, de la CIE 10 considera los criterios generales (CG):

  CG1. El episodio depresivo dura al menos 2 semanas.

  CG2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaníaco o maníaco en ningún período de la vida del individuo.

  CG3. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, denominados "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos). Se usa un quinto carácter en la codificación del CIE 10 para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático.
- Para codificar el síndrome somático están presentes 4 de los siguientes síntomas:

  1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes actividades que normalmente eran placenteras.
  2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
  3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
  4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
  5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
  6. Pérdida marcada de apetito.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
8. Notable disminución de la libido.

- Tener en cuenta las subcategorías del Episodio Depresivo F32 (Anexo 5) corresponden a:
  - Episodio Depresivo leve (F32.0).
  - Episodio Depresivo moderado (F32.1)
  - Episodio Depresivo grave o severo, sin síntomas psicóticos (F32.2)
  - Episodio Depresivo grave o severo, con síntomas psicóticos (F32.3)
  - Otros episodios depresivos (F32.8)
  - Episodio depresivo sin especificación (32.9)

D. Severidad de la depresión

- El nivel de severidad se basa en criterios clínicos y la valoración de los niveles de severidad procedentes de la aplicación del PHQ-9 o GDS-15 según corresponda.
- Niveles de severidad según CIE 10:

F32.0. Episodio depresivo leve

Suelen estar presentes 2 ó 3 de los síntomas. La persona, por lo general, está afectada por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

A. Se cumplen los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes:

1. Humor depresivo, hasta un grado claramente anormal para la persona, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por la circunstancia externa y persistente durante al menos 2 semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, están presentes 1 o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. Yuri L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático":

F32.00 Sin síndrome somático.

F32.01 Con síndrome somático.

F 32.1 Episodio depresivo moderado

Normalmente están presentes 4 o más de los síntomas (anotados antes en F32 y también enumerados a continuación) y es muy probable que la persona tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

A. Se cumplen los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de, al menos, 2 de los 3 síntomas descritos en el criterio B de F32.0.

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos 6 síntomas.

Puede utilizarse un quinto carácter en la codificación para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático":

F32.10 Sin síndrome somático.

F32.11 Con síndrome somático.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afecta a la persona; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas "somáticos".

Episodio aislado sin síntomas psicóticos de:

- Depresión agitada.
- Depresión mayor.
- Depresión vital.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

Considerar:

Si los síntomas importantes, como agitación o enlentecimiento, son notables, la persona puede no estar dispuesta o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

A. Se cumplen los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de los 3 síntomas del criterio B de F32.0.

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos 8.

D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Un episodio de depresión tal como se describe en el F32.2, pero con la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o estupor suficientemente graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida de la/del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición.

Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.

Episodio aislado de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva reactiva.

A. Se cumplen los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Se cumplen los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D.

C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.l).

D. Presencia de cualquiera de los siguientes:

1. **Ideas delirantes o alucinaciones**, de contenido diferente a las descritas como típicas de la esquizofrenia, es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad. Los

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio.

2. **Estupor depresivo.**

Puede utilizarse un quinto carácter en la codificación para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

- **F32.30** Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de culpa, inutilidad, de enfermedad corporal o de desastre inminente, o alucinaciones auditivas de burla o condenatorias).
- **F32.31** Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales o alucinaciones sin un contenido afectivo).

- Debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar el desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda explorar como parte de la formulación del caso la dimensión personal-social y de riesgo de daño.
- De ser necesario, utilizar otros recursos o instrumentos de valoración clínica.
- Finalizado el diagnóstico:
  - Se registra en la historia clínica el nivel de severidad, la valoración del instrumento correspondiente y las indicaciones terapéuticas.
  - En los CSMC, según la severidad de la depresión, se formula PAI o el PCCI.

E. Diagnóstico diferencial

Descartar enfermedades físicas y/o mentales, y otras asociadas a sustancias o medicamentos que puedan asemejar depresión: (26) (27) (28)

- **Endocrinas metabólicas:** Hipo-hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes mellitus inmunológica, enfermedad de Cushing (hiperadrenalismo), enfermedad de Adisson (insuficiencia adrenal), porfiria.
- **Infecciosas:** COVID-19, tuberculosis, VIH, SIDA, neumonía viral, hepatitis viral, mononucleosis infecciosa, sífilis terciaria.
- **Neurológicas:** Esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, traumatismo craneoencefálico, crisis convulsivas parciales complejas (epilepsia del lóbulo temporal), tumores cerebrales, enfermedad cerebrovascular, enfermedades neurodegenerativas, demencias, apnea del sueño.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

- **Neoplásicas:** Cáncer de cabeza de páncreas, carcinomatosis diseminada.
- **Nutricional:** Deficiencias vitamínicas (B12, C, ácido fólico, niacina, tiamina).
- **Inmunológicas:** Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.
- **Farmacológicas:** Uso de corticosteroides, anticonceptivos, reserpina, a-metildopa; anticolinesterasas, insecticidas, abstinencia anfetamínica, cirnetidina, indometacina, fenotiazinas, talio, mercurio, cicloserina, vincristina, vinblastina.
- **Otros:** Dolor crónico.

Descartar otras condiciones similares:

- La tristeza transitoria forma parte normal de la experiencia humana. En personas con tristeza, los niveles de angustia y funcionalidad son proporcionales al evento vital desencadenante.
- Los trastornos adaptativos desencadenados por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. Sentimiento de tristeza, fácil tendencia al llanto, apatía, pérdida o aumento de apetito o peso, insomnio, síntomas físicos.
- El duelo no complicado se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva y se reorganiza con el tiempo. Anexo 6 (35) (36).

Diferenciar el episodio depresivo del trastorno bipolar:

- La distinción entre un trastorno depresivo y trastorno bipolar con episodio actual depresivo es significativa pues existen diferencias importantes para el manejo adecuado de ambos.
- Descartar Trastorno Bipolar, si la persona está actualmente deprimida, como en un episodio depresivo de gravedad leve o moderada (F32.0 o F32.1), y ha padecido al menos un episodio afectivo comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado. (CIE 10)
- En el trastorno bipolar, los niveles de actividad y funcionalidad de la persona están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en un humor elevado, aumento excesivo de la energía y la actividad, como es el caso de la manía, o en menor intensidad, como ocurre en la hipomanía; y en otras, en un humor bajo, una disminución de la energía y la actividad como en la depresión.
- Tener en cuenta que el uso de antidepresivos en el trastorno bipolar con episodio actual depresivo puede implicar riesgo de empeoramiento del

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

cuadro clínico presentando mayor irritabilidad, fluctuación del ánimo, resistencia al tratamiento e incluso conducta suicida, por lo que es importante diferenciar el diagnóstico.

F. Comorbilidades

- Identificar otros trastornos en salud mental, enfermedades somáticas, crónicas, sistémicas y/o degenerativas que suelen presentarse en comorbilidad a la depresión. (29) (30) (31) (32). Estas son:
  - **Enfermedad de Alzheimer:** Los trastornos depresivos muestran un alto grado de solapamiento con las demencias y pueden reducir aún más el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida. Entre los adultos mayores es muy común la presencia de síntomas depresivos y que ambas condiciones disminuyan su independencia y calidad de vida. La prevalencia anual de la depresión en personas con demencia varía entre 10% a 40%. Por otro lado, estudios han demostrado que los síntomas depresivos aparecen antes de la enfermedad de Alzheimer, incluso 25 años antes de los síntomas cognitivos de la demencia. (48)
  - **Cáncer:** La depresión se presenta en un rango de 9% a 21% en el primer año luego del diagnóstico, y entre 8% a 15% luego del primer año y difiere del tipo de cáncer y tratamiento. En el cáncer, la multimorbilidad es común y, se presentan tanto enfermedades crónicas y trastornos mentales de manera comórbida. (39)(54) Entre los tipos de cáncer, el de mama es el más asociado con depresión y ansiedad. En el Perú, la prevalencia de depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama fue del 25, 6% en el momento del diagnóstico; de este grupo 16, 9% presentó síntomas leves, el 6.3% síntomas moderados y 4% sintomatología depresiva grave. (40)(55)
  - **Diabetes:** Las personas con diagnóstico de diabetes tienen entre 2 a 3 veces más probabilidad de tener depresión que las personas que no tienen diabetes; y entre el 25 y 50% de personas con diabetes y depresión no reciben atención médica para este último. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen. (41)
  - **Enfermedad cardiovascular:** Reportes epidemiológicos señalan la presentación de trastornos depresivos junto a enfermedades cardiacas en 25% aproximadamente y que sólo la mitad de ellos recibe tratamiento antidepresivo. (42) Asimismo, señalan el incremento del riesgo de enfermedades

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

cardiovasculares e infarto cardiaco. Refieren que la depresión puede tener un impacto negativo en el curso de la enfermedad de arteria coronaria. (43)

- **VIH/SIDA:** Las personas con VIH tienen altos niveles de depresión comórbida durante el curso de su enfermedad. Se reporta una tasa anual entre 12,8% y el 78% en países de bajo, medio y alto ingreso económico. (44) Entre ellos, los adultos mayores con VIH pueden ser más susceptibles a la ansiedad, estigma, soledad y la ideación suicida. Tanto la depresión como el abuso de sustancias producen un mayor detrimento de su bienestar, reforzando el mantenimiento de síntomas depresivos. (45) Un estudio peruano encontró que el 27, 8% presenta episodio depresivo mayor, considerando una alta frecuencia comparable con otros estudios.
- **Ansiedad:** La comorbilidad entre la depresión y la ansiedad es muy frecuente y es considerada como un predictor de cronicidad. Ambas, comparten síntomas o en algunos casos estos se superponen. (46) El estudio NESDA reportó que 75% de los/as evaluados/as presentó dicha comorbilidad con mayor duración de los síntomas ansiosos o depresivos (OR=1.01 [IC 1.22 – 2.07]) y mayor severidad (OR 1.01 a 1.03, $p < 0.05$).
- **Uso y abuso de sustancias:** La comorbilidad con depresión (en diferentes niveles de severidad) muestra alta y persistente prevalencia (OR 0.208, [IC 0.183 – 0.235), indicando que 1 de cada 5 personas diagnosticadas con depresión es probable que tengan alcoholismo a lo largo de su vida. Esta presentación dual, es más frecuente en varones (36%) que en mujeres y en países de bajo ingreso económico. (47) (48)
- **Tuberculosis:** La tuberculosis representa uno de los mayores problemas de salud pública con altas tasas de morbi-mortalidad en el mundo y en América Latina. La tuberculosis es una de las principales causas de muerte a nivel global. El Perú es considerado uno de los países con mayor incidencia de tuberculosis pulmonar. La tuberculosis tiene un fuerte impacto en la salud mental y el bienestar psicosocial. Un estudio encontró que el 22,4% de los pacientes con tuberculosis sufría trastornos mentales y el 20,4% consumía alcohol o drogas. La complejidad de la salud mental y su dependencia a factores acumulativos del pasado y al medio socioambiental en el que se desarrolla hacen que se conciba como un tema de abordaje complejo y de soluciones a largo plazo.
- **Discapacidad**: En el último estudio de Carga de Enfermedad del 2016, del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar de años de vida perdidos por discapacidad (AVD), produciendo una pérdida de

MINISTERIO DE SALUD
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

6´668,144 años (12.7% del total de AVD), que representa una razón de 21.2 por mil habitantes. Siendo la depresión unipolar la que produce mayor pérdida de años de vida por discapacidad, constituyéndose en un problema de salud pública. (49)

- **Discapacidad física:** Perú reporta 5,2% de personas con algún tipo de discapacidad, es más frecuente en población femenina y tienen mayor riesgo de desarrollar condiciones secundarias. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reportó que sólo 11,4% ha recibido en el último año un tratamiento o terapia y de este grupo, un 18.9% recibió tratamiento psicológico y un 11,3% tratamiento psiquiátrico. (50) Actualmente, la discapacidad es atendida en el programa presupuestal de prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad como lo son los problemas de salud mental. (51) Adultos con discapacidad, reportan con frecuencia depresión y ansiedad (rango de 8,4% a 44%) comparado con la población sana; y, es mayor la angustia o distrés mental (70%) entre los que viven por debajo del nivel de pobreza de hogares con los de mayores ingresos. El informe del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. reporta que los trastornos mentales están presentes 5 veces más en este grupo y están asociadas a comportamientos de salud deficientes, mayor uso de servicios de salud, enfermedades crónicas y limitaciones en la vida cotidiana. (52)

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De patología clínica

- No se realizan exámenes de laboratorio o de patología clínica para el diagnóstico de depresión.
- Si hay una presunción diagnóstica o sospecha de trastornos asociados o comorbilidad se solicita exámenes según sea necesario para la otra condición, como hemograma completo, perfil tiroideo, dosaje de ácido valproico, orina de 24 horas, dosaje de litio, metabolitos en sangre y orina, perfil hepático, glucosa, perfil lipídico, perfil renal, entre otros; de acuerdo a la sospecha de comorbilidad.

6.3.2. De imágenes

- No corresponde a las características del abordaje de la depresión descrita en la presente guía.

- Si hay una presunción diagnóstica o sospecha de trastornos asociados o comorbilidad solicitar exámenes según corresponda.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Los establecimientos de salud del primer nivel de atención de categorías I-1, I-2, I-3, I-4 y los CSMC articulan su labor con otros niveles de atención según capacidad resolutiva y las necesidades de la población usuaria.
- Los establecimientos de salud del primer nivel de categorías I-1, I-2, I-3, I-4, implementan intervenciones orientadas a promover: "Familias con conocimientos de prácticas saludables para la prevención de trastornos mentales y prevención de problemas psicosociales"; articulando su labor con los CSMC.
- Las actividades de promoción y prevención de la salud mental son responsabilidad del/de la profesional de psicología y/o enfermería de los establecimientos de salud de categorías del I-1, I-2, I-3, y I-4 y desarrollan las siguientes actividades:
  - Implementan estrategias de promoción de la salud mental en general y de prevención de la depresión en grupos de riesgo.
  - Promueven en la población, el cuidado y autocuidado en salud.
  - Concientizan y sensibilizan para lograr la reducción del estigma hacia la depresión.
  - Promueven la actividad física y estilos de vida saludable.
  - Realizan psicoeducación sobre depresión, el cuidado y autocuidado de la salud mental con enfoque comunitario.
  - Se identifica precozmente a la persona usuaria con depresión a través del tamizaje, según corresponda.
  - En las personas con depresión que presenten, además discapacidad, se realiza el seguimiento y de acuerdo a sus necesidades, rehabilitación para evitar su progresión.
  - Implementan consejería en salud mental, en los diferentes servicios del establecimiento de salud o a través de la visita domiciliaria para el cuidado psicoafectivo en la familia, con énfasis en el apego seguro de madre e hijo/a,

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURIL CUTIPÉ CARDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

la detección precoz de la depresión post parto, e identificación de signos de alarma de la depresión en algún miembro de la familia.

- Promueven la participación activa de los actores de la comunidad, a través de los(las) agentes comunitarios de salud y líderes(as), que permitan la vigilancia de factores de riesgo que afectan la salud mental, en las familias, instituciones educativas y comunidad.
- Implementan estrategias para la promoción de la salud mental, fortaleciendo la convivencia saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos en las familias, en la relación de pareja, para la prevención de los factores psicosociales de la depresión
- Promueven estrategias de promoción de la salud mental y prevención de la violencia de género, en las familias y la comunidad.

- En los establecimientos de salud del II y III nivel:
  - En caso de no contar con especialistas de salud mental en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de su jurisdicción, la persona es atendida según sus necesidades en establecimientos de salud de categorías II y/o III cercanos a su domicilio.
  - Las personas que se encuentran con complicaciones o situación de emergencia asociada a depresión grave ingresan por emergencia del hospital más cercano a su domicilio.
  - Se realiza la atención de las personas con depresión severa, riesgo suicida moderado, severo o extremo o alto riesgo suicida, conducta suicida, riesgo de auto y heteroagresión, con o sin psicosis, necesidad de manejo en ambiente controlado o tratamiento con terapia electroconvulsiva, o con síndrome serotoninérgico con síntomas severos.
  - En el servicio de emergencia se valora y atienden las necesidades de su condición vital, previo a la evaluación por el/la profesional de salud mental.
  - El/la médico psiquiatra o, en su ausencia, el/la médico cirujano evalúa en forma integral a la persona usuaria y selecciona el fármaco antidepresivo basándose en la sintomatología, nivel de severidad, presencia de comorbilidad, efectos adversos, disponibilidad del fármaco y antecedentes. Para ello, el hospital cuenta con los fármacos estratégicos y, de ser necesario, gestiona otros fármacos a través del comité farmacológico de su institución.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

- El equipo de salud mental del hospital elabora el plan de atención en salud mental con la participación y consentimiento informado de la persona usuaria e informa a su acompañante o cuidador/a sobre el estado de su salud mental, intervenciones farmacológicas y/o psicosociales de acuerdo a las necesidades de la persona usuaria.
- La estancia hospitalaria para provisión de procedimientos en una emergencia psiquiátrica se realiza por internamiento (con un máximo de 72 horas), actualizando cada 24 horas la condición del/de la usuario y se cuenta con el consentimiento informado correspondiente.
- La hospitalización se considera bajo la evaluación de la respuesta y necesidades terapéuticas del/de la usuario/a y es consignada por el/la médico tratante. De ser necesaria una estancia prolongada mayor a 30 días, se requiere la actualización del consentimiento informado del/la usuario/a y la determinación de la junta médica psiquiátrica del hospital; que reevalúa la condición y necesidades de la persona usuaria para determinar la mejor alternativa terapéutica.
- Al alta médica y con el fin de asegurar la continuidad de cuidados, el hospital realiza la contrarreferencia al establecimiento de salud más cercano al domicilio de la persona usuaria que cuente con servicios de salud mental. A su vez, se informa vía telefónica al personal de salud del establecimiento de salud identificado para su seguimiento.

6.4.2. Tratamiento

- El tratamiento de la depresión implica una visión integral, clínica y psicosocial, con enfoque intercultural y comunitario, llevado a cabo por equipos multidisciplinarios, dependiente de los niveles de severidad de los síntomas, riesgo o nivel de daño.
- En el tratamiento de la depresión de adultos mayores considerar las particularidades del curso de vida, así como las comorbilidades presentes y el uso previo de polifarmacia.
- En todos los establecimientos de salud (nivel I, II, y III), la atención de la depresión se realiza considerando la severidad del cuadro, la refractariedad, comorbilidades, persistencia de la sintomatología, género, actividad sexual, curso de vida, los recursos individuales y factores externos que influencian en el caso. Incluye metas del tratamiento y las preferencias del/de la usuario/a.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI C. CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

- Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la depresión se estructuran en un PAI que es consensuado con cada persona usuaria como parte del abordaje integral que debe consignarse en la historia clínica.
- Al inicio del tratamiento y en todos los establecimientos de salud (nivel I, II y III), se solicita el consentimiento informado de atención a la persona usuaria.
- Las intervenciones para depresión son la consejería, la psicoeducación, psicoterapia individual, intervención familiar y grupal, y es realizada por los/as profesionales de salud mental según nivel de severidad de la depresión y capacidad resolutiva del establecimiento de salud.
- Se programa un plan de actividad física consensuado con el(la) usuario(a).
- Se promueven estilos de vida saludables.
- Se requiere del consentimiento del(la) usuario(a) para la formulación del PCCI y participación de sus familiares y allegados en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Se informa sobre la existencia de asociaciones o grupos de ayuda mutua para usuarios/as y los recursos con los que pueda contar desde su comunidad.
- Se promueve la formación de asociaciones o grupos de ayuda mutua de personas usuarias y familiares.
- Se promueve la adherencia a la intervención y/o tratamiento para garantizar la provisión de los servicios y continuidad de cuidados en salud mental.
- Para valorar la remisión y disminución de la de la sintomatología se aplica el PHQ-9 o GDS-15, según corresponda, cuyos valores se comparan con los resultados iniciales de la aplicación de dicha prueba.

A. Intervenciones para la depresión leve

- La intervención en depresión de nivel leve se realiza por el personal de la salud de servicios de medicina, psicología y enfermería del establecimiento de salud del primer nivel I-1, I-2, I-3, y I-4, no especializado en salud mental, según capacidad resolutiva y competencias profesionales.
- Cuando la persona acuda a un CSMC y es diagnosticado con depresión de nivel leve, recibe una consulta de evaluación especializada en salud mental y se refiere al establecimiento de salud de su jurisdicción para la continuidad de su tratamiento.
- La atención en establecimiento de salud no especializado comprende consultas médicas y/o psicológicas, sesiones de psicoeducación y consejería.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURIL CUTIPE CARDENAS
VºBº
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamb

- El tratamiento inicial consiste en intervenciones no farmacológicas: Consejería y psicoeducación.
- El/la profesional de psicología brinda consejería de 4 a 6 sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos por cada sesión, para desarrollar en la persona habilidades de resolución de problemas que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y futuro.
- El/la profesional de psicología brinda psicoeducación en un rango posible de 4 a 6 sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos por cada sesión, dirigida a fortalecer recursos y habilidades propias de la persona para hacerle frente a la enfermedad, responsabilizarse de su tratamiento tomando un rol activo, fomentar su autocuidado y el uso de recursos externos.
- Las sesiones de psicoeducación y/o consejería son provistas de forma activa o pasiva. En las sesiones de tipo activa se brinda soporte emocional e información de manera participativa, oral y con retroalimentación constante de su avance. En las sesiones de tipo pasiva, se utiliza material y/o recursos impresos o digitales de tipo audiovisual.
- En ambas intervenciones, se dispone de 2 tipos de sesión según número de participantes:
  - Individual: Tiene una duración de 45 minutos con el usuario.
  - Grupal: Tiene una duración de 90 minutos.
- A nivel de psicoterapia, en depresión leve se utiliza la activación conductual y se complementa con intervenciones considerando a la persona, su entorno familiar, comunitario y social. Comprende la psicoeducación, actividades que busquen reducir el estrés y movilización de redes de apoyo, promover el funcionamiento adecuado en las actividades diarias.
- Dichas intervenciones utilizan la modalidad presencial, de telemonitoreo y teleorientación de acuerdo a la factibilidad y se utiliza el formato único de atención – FUAT (Anexo 7).
  - Teleorientación: Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de la enfermedad.
    Para registrar el procedimiento considere:
    Teleorientación síncrona: 99499.08
  - Telemonitoreo: Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita, según criterio médico, los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede incluir o no la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias del personal de salud. (53)

Para registrar el procedimiento considere:

Telemonitoreo: 99499.10

- De no existir respuesta favorable a la intervención realizada en un rango de 2 a 4 semanas, reevaluar el caso para replantear las intervenciones. Plantee la discusión del caso clínico con el equipo especializado del CSMC (acompañamiento clínico psicosocial) y, de ser necesario, realizar la referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva.
- De indicarse la referencia, asegurar el primer contacto entre la persona y el establecimiento de salud referido, previa coordinación vía telefónica u otro medio digital verificable.
- En el caso que la persona usuaria manifieste el deseo de no recibir la intervención, se recomienda clarificar el objeto y naturaleza de la intervención, así como reforzar la adherencia, fomentar el sentido de autocuidado y cuidado de la salud mental en los servicios de su establecimiento de salud.
- Cuando persistan los síntomas depresivos considerar tratamiento psicofarmacológico.

B. Intervenciones para depresión moderada o severa

- Brindar consejería, psicoeducación tratamiento a la persona de acuerdo a sus necesidades, en modalidad presencial y/o virtual.
- El tratamiento comprende el uso de psicofármacos y psicoterapia.
- Incluye visita domiciliaria de acuerdo a la evaluación del caso.
- La atención es realizada por el equipo multidisciplinario de los CSMC, así como en establecimientos de salud que cuenten con personal con competencias para el abordaje de los problemas de salud mental.
- Se elabora con el(la) usuario(a) y/o familiar, el PAI que incluye el paquete de atención integral de salud, las metas y duración del mismo.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURI L. CUTIPE CARDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

C. Tratamiento farmacológico

- El tratamiento psicofarmacológico se indica a toda persona usuaria con diagnóstico de depresión moderada o severa, junto a la intervención psicoterapéutica.
- Todo establecimiento de salud del primer nivel de atención cuenta mínimamente con los medicamentos estratégicos de salud mental.
- En el CSMC, el tratamiento es responsabilidad del/de la médico psiquiatra, médico de familia o médico cirujano.
- El(la) médico(a) tratante informa a la persona usuaria y a su acompañante sobre los beneficios y posibles efectos adversos del tratamiento antidepresivo seleccionado.
- El tratamiento en primera línea incluye fármacos del grupo de Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS: fluoxetina y sertralina). Tras el uso del tratamiento de primera línea y, en caso de no tener respuesta favorable al tratamiento, reformular el mismo y/o realizar la gestión para la adquisición de otros fármacos IRSS a través del Comité Farmacológico de la red de servicios de salud de la jurisdicción.
- Los ISRS tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que los antidepresivos tricíclicos (ATC).
- Según criterio clínico y bajo consideraciones particulares, considerar el uso de otros antidepresivos.
- La selección del fármaco antidepresivo se basa en la sintomatología, nivel de severidad, presencia de comorbilidad, efectos adversos, disponibilidad del fármaco.
- Iniciar con la mitad de la dosis efectiva mínima por 6 días como mínimo. Continuar con la dosis efectiva mínima, esperando efectos positivos entre 2 a 4 semanas. En caso de no obtener los efectos deseados o si la sintomatología se mantiene entre 4 a 6 semanas, considerar el incremento de la dosis, combinación o potenciación con otros fármacos.
- Durante el embrazo y la lactancia, en la medida de lo posible evitar los antidepresivos y considerar utilizar la dosis mínima efectiva de ser necesario.
- En personas adultas mayores con enfermedades cardiovasculares no se recomienda indicar amitriptilina.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

Medicamentos esenciales utilizados en trastornos afectivos (54) (55)

Fármaco ISRS	Rango de dosis	Dosis mínima inicial	Dosis de mantenimiento
Primera línea		Iniciar con la mitad de dosis mínima por 6 días. El incremento de la dosis es progresivo según respuesta.	Valorar la mejoría clínica de respuesta al tratamiento.
• Cetrarina	50 – 200 mg diarios		
• Fluoxetina	20 – 60 mg diarios		
Segunda línea			
• Citalopram	20 - 40 mg diarios		
• Escitalopram	10 - 20 mg diarios		
• Paroxetina	20 a 50 mg diarios		
Efectos secundarios			
Insomnio, cefalea, mareos, molestias gastrointestinales, disfunción sexual, alteración del apetito. Síntomas de descontinuación: Condición pseudogripal, con malestar, náusea, cefaleas, parestesias, vértigos, agitación y depresión de rebote. Síntomas graves: Alteración de la coagulación, estupor, convulsiones y coma.			
Retiro de medicación			
Es gradual, semanalmente disminuir el 25% la dosis indicada.			

Adaptado de Manual de psicofarmacología Clínica de Alan Schatzberg (56-58)

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

- El/la profesional médico, teniendo en cuenta el perfil de la persona usuaria, la respuesta clínica al tratamiento y evolución de síntomas depresivos, considera la prescripción de mirtazapina. (Ver tabla adjunta)

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L.
GUTIÉRREZ
CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

Tabla: Consideraciones para el uso de Mirtazapina

Fármaco	Concentración	Rango de dosis	Dosis mínima inicial	Dosis de mantenimiento
Mirtazapina	30mg	15-45mg	Iniciar con 15mg una vez al día, aproximadamente 1hr antes de dormir. El incremento de la dosis es cada 2 sem. según respuesta, hasta una dosis maxima de 45mg/día	Se ajusta la dosis hasta lograr los efectos deseados, consideando necesidad y tolerancia
Efectos secundarios				
Sequedad bucal, sedación, somnolencia (a baja dosis), aumento de apetito y peso . Incrmento del colesterol y trigliceridos. Vértigos. Elevación d elas transaminasas hepáticas (poco frecuente)				
No se debe usar con IMAO (inibidor de la Mono Amina oxidasa)				
Retiro de medicación				
Disminuir gradualmente .				

- Se valora la posibilidad de cambio o incremento de la dosis o potenciación del fármaco, según perfil y registre en la historia clínica.
- Ante la presencia de síntomas de ansiedad, considerar el uso de benzodiacepinas, observando su riesgo-beneficio, por tiempos cortos para evitar habituación o dependencia.
- Ante un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), indicar medicamentos antipsicóticos considerando el riesgo-beneficio.
- La dispensación de los medicamentos estratégicos se realiza por el /la químico farmacéutico, según prescripción médica. (54)
- Tanto el/la profesional médico como el de enfermería realizan el seguimiento y monitoreo (visitas domiciliarias, llamadas telefónicas o consultas en el mismo establecimiento) de la administración del antidepresivo una vez iniciado el tratamiento.
- Incluir estrategias de entrega y resguardo de los psicofármacos en conjunto con la persona usuaria y la familia, de ser necesario, para evitar su uso inadecuado.
- En caso de riesgo de suicidio, indicar a los familiares o cuidadores/as no dejar al alcance de la persona en tratamiento, los fármacos y otros elementos que impliquen riesgo o daño para su vida.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L.
CHIPÉ
CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

- El primer control se realiza dentro de los primeros 8 días en personas con diagnóstico de depresión severa y en depresión moderada dentro de los 15 días, a fin de evaluar la evolución del cuadro depresivo e identificar efectos secundarios asociados al tratamiento. De ser necesario, se debe reformular el plan terapéutico tanto en el PAI o el PCCI, según corresponda.
- En la fase de continuación y mantenimiento, motivar la adherencia al tratamiento y la recuperación funcional gradual, hasta llegar a su nivel óptimo, considerando otras necesidades de tratamiento adicional si lo requiere y según los objetivos trazados en el plan terapéutico (PAI o PCCI, según corresponda).
- El retiro del fármaco es gradual. Semanalmente, disminuir el 25% la dosis indicada para prevención del síndrome de retirada. La suspensión brusca o interrupción del tratamiento puede inducir una recaída rápida de los síntomas depresivos.
- Se realiza el seguimiento del riesgo de suicidio y se registra tanto en la historia clínica y en el mapa de riesgo en salud mental de la jurisdicción del establecimiento de salud.
- Se debe considerar:
  - Respuesta al tratamiento: Cuando el tratamiento supone al menos una mejoría del 50% sobre los síntomas depresivos. (59)
  - Remisión de síntomas depresivos: Cuando el tratamiento antidepresivo consigue eliminar prácticamente todos los síntomas depresivos en el periodo de 6 a 12 meses de tratamiento. (60) (61)
  - La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico.
- Se debe considerar particularmente:
  - El(la) médico tratante determina la necesidad del uso de medicamentos no considerados en el en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), y solicita al Comité Farmacológico de las DIRIS, DIRESA, GERESA y /o Redes de Salud, según corresponda, para su evaluación, aprobación e incorporación en la programación de medicamentos esenciales de salud mental y, en consecuencia, se continúe con el proceso de adquisición a través de la Unidad de Acceso y Uso de Medicamentos - SISMED correspondiente.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

D. Intervenciones psicoterapéuticas

- Las estrategias de abordaje de episodios depresivos moderados o graves son la psicoterapia en conjunto con fármacos antidepresivos.
- Las intervenciones psicoterapéuticas para personas con depresión moderada y severa se aplican por profesionales de salud mental, psicólogo/a o personal médico con formación psicoterapéutica.
- Las terapias inician y se registran desde la sesión posterior al diagnóstico.
- Las estrategias psicoterapéuticas para el diagnóstico de depresión moderada o severa incluyen la activación conductual y la terapia cognitivo conductual.
- La terapia de primera elección es la activación conductual y se centra en el uso de actividades placenteras para promover conductas saludables y reconectar con sus fuentes de refuerzo positivo y en consecuencia mejora su ánimo.
- Se aplica, según criterio clínico y necesidades del(la) usuario(a) la terapia cognitivo conductual. Este tipo de psicoterapia está basada en el análisis e interpretación de lo que piensan, sienten y cómo se comportan las personas en relación a sus situaciones y/o experiencias negativas. Utiliza técnicas cognitivas y conductuales para identificar y reestructurar los pensamientos distorsionados reconocidos como la raíz del problema.
- Para personas mayores de 60 años, brindar activación conductual bajo criterio clínico.
- Antes de iniciar la intervención, informar al(la) usuario(a) sobre el uso de la psicoterapia, su naturaleza y objetivos.
- En relación al tiempo de la sesión, considerar:
  - Sesión menor de 45 minutos para la activación conductual.
  - Sesión mayor de 45 minutos para terapia cognitiva conductual.
- El número de sesiones en psicoterapia se programa en base a las necesidades identificadas y su monitoreo. Se recomienda programar de 1 a 6 sesiones e informar al(la) usuario(a) del tiempo programado para las sesiones psicoterapéuticas. De ser necesario, incrementar el número de sesiones de acuerdo a necesidad.
- Para la aplicación de la modalidad remota considerar la severidad y perfil individualizado del/de la usuario/a y capacidad de uso de tecnologías de la información y comunicación. De ser necesario, considerar la modalidad mixta.
- La psicoterapia de elección para la modalidad remota (telefónica o videoconferencia) es la terapia cognitivo conductual. Para su aplicación verifique

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI C. COTPE CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

la disponibilidad y acceso a los requerimientos tecnológicos y el protocolo de atención vigentes según normativa de Telesalud, que incluye:

- Protocolo de registro en la historia clínica.
- Consentimiento informado.
- Equipos y conectividad.
- Formato de monitoreo.
- El seguimiento es realizado a través de mediadores tecnológicos como correo electrónico o mensajería digital.

- En el caso de intervenciones familiares, considere aplicar la psicoterapia multifamiliar para todos los niveles de leve, moderada o severa. La psicoterapia multifamiliar agrupa, incluye un rango de 3 a 10 familias con condiciones similares y al menos un miembro con diagnóstico de depresión durante su fase de tratamiento. Tiene por objetivo educar a las familias sobre el trastorno depresivo (evolución, curso, tratamiento y rehabilitación), facilitar el mejor afronte o resolución de problemas, desarrollo de habilidades comunicacionales, a fin de integrar de la familia como núcleo efectivo de soporte a la persona con depresión.
- De acuerdo a la necesidad del/de la usuario/a y valoración clínica, integrar a la persona a grupos de ayuda mutua.
- Se moviliza redes de apoyo según necesidades y perfil de la persona en tratamiento.
- Se realizan las coordinaciones para la verificación de riesgo de daño y se programa el seguimiento domiciliario por los(las) profesionales y/o técnicos(as) del establecimiento de salud, según el caso.
- Las personas con depresión severa o con conductas de riesgo suicida tienen un PCCI para asegurar el logro de los objetivos terapéuticos.
- En depresiones resistentes o refractarias, se reevalúa el diagnóstico inicial, sospechar trastorno bipolar, comorbilidad o trastorno de personalidad.
- Para toda actividad, se registra en la historia clínica la intervención, número de sesión y reporte de avance.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

E. Seguimiento y valoración de la remisión y alta clínica

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUMPE CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

- Los/as profesionales de la salud del establecimiento de salud realizan el seguimiento de la persona con depresión a través de consultas médicas,

psicológicas, de enfermería; visitas domiciliarias, llamadas telefónicas. entre otras.

- Se evalúa a toda persona usuaria cualquiera sea el nivel de severidad de la depresión con el objeto de monitorizar síntomas.
- Se mantiene un seguimiento estructurado para favorecer la adherencia al tratamiento, disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias y mejora el pronóstico.
- La segunda consulta de control se realiza antes de la cuarta semana iniciado el tratamiento, sea psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.
- La evaluación de seguimiento implica el uso de criterios clínicos basado en el CIE 10 y sus subcategorías, así como la reevaluación a través de instrumentos.
- Se utiliza un instrumento para la valoración de la severidad (estado basal y seguimiento), en adultos PHQ-9 y en personas mayores el GDS-15.
- Para determinar la remisión, respuesta al tratamiento o alta clínica, se considera:
  - Criterios clínicos basados en el CIE 10 para la disminución de síntomas.
  - Disminución del 50% a más del puntaje (comparado a puntaje inicial).
- Si el puntaje obtenido es mayor al 50%, se replantean los objetivos de tratamiento.
- Se utiliza la psicoeducación y técnicas cognitivo conductuales, como estrategias terapéuticas en la prevención de recurrencias y recaídas.
- Toda persona, independiente de la gravedad de la depresión, recibe seguimiento, por lo menos, 6 meses contados desde la remisión total de los síntomas.

F.-Medidas complementarias en el tratamiento de la depresión

En relación a la actividad física:

- Todo personal de la salud promociona el estilo de vida saludable desde la primera sesión de diagnóstico y tratamiento.
- Promover la actividad física en espacios públicos saludables, ambientes seguros para la práctica del deporte, sano esparcimiento para liberar tensiones y mejorar la salud física y mental.
- Prescribir la realización de actividad física como complemento a la terapia farmacológica o psicoterapia.
- Previa a la prescripción de la intervención, evaluar la condición física de la persona usuaria como indicador de vulnerabilidad o comorbilidad.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

- Se identifican las preferencias y características personales que favorezcan al desarrollo de la actividad física.
- Se informan los objetivos, características, beneficios y riesgos de implementar la actividad física.
- Se prioriza recomendar caminata o carreras o trote a la medida de las condiciones de la persona.
- La duración de la actividad física recomendada es mínimo 30 minutos, 3 veces por semana.
- La recomendación es adaptada, flexible a las necesidades y características de los/as usuarios/as.
- Observar cualquier efecto o riesgo asociado a la actividad física y reporte en la historia clínica.
- Se promueven actividades grupales para el fomento de la actividad física.
- Se indica la actividad física complementaria como parte del tratamiento de la depresión, hacia el establecimiento de un hábito saludable y como objetivo personal.
- Se realiza el monitoreo de la adherencia a la actividad física a través de un plan personalizado.
- Coordinar con el equipo multidisciplinario del establecimiento de salud donde la persona usuaria recibe atención, la implementación de recomendaciones complementarias realizadas en salud mental, así como la participación en talleres de relajación y consejería nutricional.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales en el tratamiento

- En general, la sobredosis y el riesgo de suicidio se asocian a antidepresivos tricíclicos (mayor toxicidad) que los ISRS.
- En la fase aguda, centre su atención a los efectos adversos.
- Los efectos adversos más frecuentes con el uso de ISRS son sequedad bucal, dolor de cabeza, insomnio, náusea, constipación y mareos. Los ISRS muestran mayor seguridad frente a antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). (62)

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L.
CUTIPÉ
CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

A. De los procedimientos para la notificación de las reacciones adversas a medicamentos (RAM)

- Antes de iniciar el tratamiento con medicamentos, el/la médico tratante explica a la persona usuaria las posibles RAM indicadas, con el fin de que pueda participar en el reconocimiento precoz de los mismos y su manejo.
- Todos los/as profesionales de la salud reportan todas las sospechas de RAM. Los profesionales de la salud que laboran en los establecimientos de salud sin internamiento envían el reporte al/a la responsable de fármacovigilancia y tecnovigilancia de su establecimiento de salud, utilizando el formato autorizado.
- Se notifican las RAM graves dentro de las 24 horas de conocido el evento; y, si es leve o moderado, en un plazo no mayor de 72 horas.
- El Comité de Fármacovigilancia del establecimiento de salud proporciona asesoría y orientación sobre evaluación de causalidad y otros asuntos técnicos.
- En caso de una reacción adversa grave, alcanzar el informe de investigación de sospecha de reacción adversa grave al Comité de Fármacovigilancia correspondiente.

6.4.4. Signos de alarma

Riesgo de suicidio

- Detectar el riesgo suicida a través de la evaluación clínica, preguntar acerca de:
  1. Características del riesgo suicida y el intento.
  2. Factores de riesgo y factores protectores.
  3. Datos de filiación incluyendo contacto personal y familiar.
- Considerar en la entrevista clínica la detección de conducta y expresiones orales que denoten pensamientos sobre el suicidio, amenaza o plan suicida. De ser necesario, considerar la referencia a un servicio de emergencia del establecimiento de salud más cercano al domicilio del/de la usuario/a.
- Existe un riesgo potencialmente alto si ha presentado conducta autolesiva, gesto suicida, desprendimiento de pertenencias muy valoradas para la persona con depresión, intento de suicidio previo, conducta suicida no determinada y el suicidio en si como antecedentes. (63) (64)
- Evaluar a la persona en un lugar apropiado, tranquilo y silencioso. Procurar que la privacidad y la empatía faciliten la expresión de la persona y/o sus familiares o acompañantes. No tomar al riesgo suicida como una conducta para "llamar la atención" sino como una entidad clínica muy importante que requiere manejo urgente.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI C. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

- En ningún caso minimizar el método utilizado en la conducta suicida.
- En caso que el/la médico o profesional de la salud del primer nivel de atención, no pueda establecer con claridad el riesgo de suicidio, priorizar el riesgo de muerte.
- Explorar el riesgo suicida grado leve, moderado, grave o extremo, según la siguiente tabla (65):

Descripción del riesgo suicida	Riesgo
❖ Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño.	LEVE
❖ No hay intención evidente o expresa.	
❖ La persona es capaz de rectificar su conducta y hacer autocrítica.	
❖ Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales.	MODERADO
❖ Desprendimiento de pertenencias muy valoradas para la persona con depresión.	
❖ Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.	
❖ Hay una preparación concreta para hacerse un daño.	GRAVE
❖ Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de 2 factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.	
❖ Varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo; puede estar presente, como agravante, la autoagresión.	EXTREMO

- La atención de la persona que presenta riesgo suicida de nivel leve se realiza en establecimientos de salud del primer nivel no especializados.
- Para el riesgo suicida de nivel moderado, grave y extremo, referir el caso al servicio de emergencia de un hospital o al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva para atención inmediata, previa coordinación. De requerir traslado en ambulancia, llamar a la línea 106 del SAMU, servicio que brinda atención de acuerdo a su normatividad.
- Se considera urgencia psiquiátrica a la ideación suicida persistente, intentos de suicidio previos y con ideas de muerte o suicidas actuales, existencia de factores

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

severos de riesgo suicida (escasa o nula red de apoyo o enfermedad psiquiátrica comórbida descompensada) y el plan suicida.

- Toda urgencia psiquiátrica es atendida inmediatamente, asegurando su atención inmediata desde su ingreso. Se observa que no existan riesgos en el ambiente (medicamentos, tóxicos, objetos como armas u otros que generen daño).
- En caso se identifique a una persona con riesgo o conducta suicida, se informa al familiar o acompañante para que tome las previsiones necesarias y mantenga la reserva del caso.
- Cuando exista riesgo o conducta suicida e indicación de hospitalización y no se cuenta con el consentimiento de la persona, familiar o acompañante, se notifica a la fiscalía de turno de su jurisdicción.

6.4.5. Criterios de alta y seguimiento

- Se consideran tipos de alta por:
  - Alta por mejoría clínica
  - Alta por abandono,
  - Alta voluntaria
  - Alta por cambio de domicilio
  - Alta por defunción.

- Para realizar el seguimiento, ver el literal E del subnumeral 6.4.2.

6.4.6. Pronóstico

Se considera:

- Tratar la depresión tempranamente se constituye en un factor de pronóstico que indica mejor respuesta al tratamiento y mejores resultados a largo plazo.
- La respuesta temprana al tratamiento, psicofarmacológico o psicoterapéutico, proyecta mejores resultados. Así también, una menor duración de los episodios depresivos sin tratar es un factor pronóstico que indica mejor respuesta al tratamiento a largo plazo. (66)
- Entre las características de los(las) usuarios(as), como la educación y el estado cognitivo, no se asocian a patrones de peor pronóstico. La edad menor de 70 años, no estar casado, comorbilidad (3 o más enfermedades) y la ideación suicida se asocian con un curso persistente. (67)
- Las enfermedades crónicas comórbidas a depresión, otros trastornos mentales

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUMPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

con y sin tratamiento, como consumo de drogas o alcohol, trastorno de estrés postraumático, o de personalidad, muestran pronóstico poco favorable.

6.5. COMPLICACIONES

- Se incrementa el riesgo de suicidio o comportamientos autolesivos en el caso que la depresión no se trate a tiempo o presente factores comórbidos.
- Un importante porcentaje de casos con depresión moderada o severa realizan intentos de suicidio o mueren por suicidio. Su identificación permite prevenir este riesgo.
- El síndrome serotoninérgico puede presentarse en casos con tratamiento prolongado, sobredosis de antidepresivos o consumo combinado de estos (IMAO, ATC o ISRS). En los casos graves se pueden presentar síntomas severos como agitación, estupor, coma, midriasis, diaforesis, fiebre, clonus, temblor e hiperreflexia de extremidades inferiores.
- En el caso de emergencia psiquiátrica, priorizar la estabilización de su condición vital, la prescripción de psicofármacos y monitoreo del tratamiento. De no contar con especialistas en salud mental en su establecimiento de salud, considere realizar la referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- La referencia y contrarreferencia es un procedimiento administrativo - asistencial que implica:
  - Profesional de salud responsable de la referencia o contrarreferencia.
  - Cartera de servicios.
  - Necesidades y perfil del usuario.
  - Usuario informado sobre su condición de salud y motivo de referencia o contrarreferencia.
  - Confirmación del profesional que recibe la referencia y/o contrarreferencia, según corresponda.
  - Hoja de referencia y contrarreferencia completa y con firma.
- Se refiere del primer nivel no especializado al CSMC y/o el que haga sus veces, cuando exista:
  - Pobre o nula respuesta al tratamiento.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. OLIPE CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos
- Depresión moderada a severa
- Ideación y/o planificación de suicidio.
- Presencia de estresores psicosociales (violencia, negligencia, ausencia de redes de apoyo)
- Presencia de síntomas incapacitantes que dificulten su adaptación social o laboral

– Se refiere al hospital a la persona usuaria, en caso de:
  - Alto riesgo suicida.
  - Conducta suicida.
  - Riesgo de auto y heteroagresión, con o sin psicosis.
  - Necesidad de manejo en ambiente controlado o tratamiento con terapia electroconvulsiva.
– Se realiza la contrarreferencia del hospital al CSMC cuando remita la ideación o conducta suicida, con la confirmación del/de la profesional que recibe la contrarreferencia en el menor tiempo posible, vía telefónica u otro medio verificable.
– Se realiza la contrarreferencia al primer nivel no especializado a las personas con adecuada respuesta y estabilidad en la fase de continuación o mantenimiento del tratamiento, para su monitoreo, prevención de recaídas y reinserción a la comunidad.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

H. Gamboa

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARRERENCIA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN				
ORIGEN	**RESPONSABILIDAD**	**CRITERIOS**	**ACCIÓN**	**ESTABLECIMIENTO DESTINO**
COMUNIDAD	El/la agente comunitario o la organización comunal tiene como deber identificar los signos de peligro o factores de riesgo para derivar o trasladar al/a la usuario/a al establecimiento de salud más cercano.	Identificación de signos y síntomas, con sospecha de depresión.	Referencia	Centros de Salud (Nivel I-1, I-2, I-3, I-4)
		Identificación de signos de alarma o comportamientos que ponen en riesgo la integridad personal y la de su entorno primario.	Referencia	Hospitales generales y Unidades de Hospitalización en Salud Mental (Nivel II y III)
CENTRO DE SALUD (CS) Y PUESTOS DE SALUD (PS)	La responsabilidad de la referencia corresponde al personal de la salud que brinda la atención (médico, profesional de la salud no médico o técnico de salud) y termina hasta que se inicie la atención en el establecimiento de salud destino de la referencia. Le corresponde las siguientes obligaciones: 1) Decidir la referencia del/de la usuario/a basándose en las guías de atención previamente establecidas y en función a la capacidad resolutiva del establecimiento de salud de acuerdo a su nivel de complejidad. 2) Elegir el establecimiento de destino de la referencia, para lo cual utiliza los criterios de referencia, las tablas de información de los recursos de soporte, la cartera de servicios y los flujos de referencia de usuarios.	Los/as usuarios/as que obtienen un tamizaje positivo en depresión son atendidos/as en los servicios de salud mental. La depresión valorada como leve se atiende en el CS de la jurisdicción del/de la usuario/a que cuenta con servicio de salud mental. Si el caso es valorado como moderado o severo que requiera manejo ambulatorio, el PS o CS u otro nivel de establecimiento en salud (Nivel II o III) deriva al CSMC de la jurisdicción del/de la usuaria/o.	Referencia	CSMC o CS que cuenta con psiquiatra y profesional de psicología.
		Ante la presencia de cualquiera de las siguientes situaciones en el/la usuario/a con depresión: – Intento de suicidio de cualquier tipo – Ideación suicida estructurada que constituya un plan. – Síntomas psicóticos. – Compromiso del estado general (inanición, deshidratación, desnutrición).	Referencia	Hospitales generales y Unidades de hospitalización en Salud Mental Nivel II y III

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUNÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

		– Conductas de riesgo o de daño autoinfligido en presencia de ideación suicida. – Consumo concomitante de sustancias que estén poniendo en riesgo la vida del/de la paciente. – Presencia de condiciones (estresores psicosociales) que a juicio del clínico dificulten el manejo ambulatorio (por ejemplo: paciente sin red de apoyo, o víctima de violencia intrafamiliar, abuso, negligencia u otros). – En caso que se complique y no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutiva del establecimiento de salud.		
CSMC	La responsabilidad de la referencia corresponde al personal de la salud que brinda la atención (médico, médico de familia, psiquiatra y profesional de la salud no médico). Termina hasta que se inicie la atención en el establecimiento de salud de destino de la referencia. Le corresponde las siguientes obligaciones: 1) Decidir la referencia del/de la usuario/a basándose en las guías de atención previamente establecidas, en función a la capacidad resolutiva del establecimiento de salud de acuerdo a su nivel de complejidad 2) elegir el establecimiento de salud de destino de la referencia para lo cual utiliza los criterios de referencia, las tablas de información de los recursos de soporte, la	Cuando el/la usuario/a diagnosticado/a con depresión, según criterios de clasificación de emergencia, presenta signos y síntomas que indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes y se requiere de la atención inmediata para estabilizar, internar u hospitalizar. Al alta continúa su tratamiento en el establecimiento de salud de origen.	Referencia	Hospitales generales y Unidades de hospitalización en Salud Mental Nivel II y III
		Cuando el/la usuario llega a demanda y al ser evaluado obtiene un diagnóstico de depresión leve.	Referencia y contrarreferencia del CSMC	CS (Nivel I-1, I-2*, I-3*,I-4)
		Apoyo al diagnóstico: Cuando el/la usuario/a requiere para su confirmación diagnóstica seguimiento o control de una prueba o examen que	Referencia y contrarreferencia del CSMC	Establecimientos de Salud con capacidad resolutiva para realizar el apoyo diagnóstico.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YUBLI CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

	cartera de servicios y los flujos de referencia de usuarios/as.	no se practica en el establecimiento de salud de origen y requiere ser enviado a una unidad productora de servicios de apoyo al diagnóstico en un establecimiento de salud de mayor complejidad		(Nivel I-4, Nivel II y III)
HOSPITAL GENERAL Y ESPECIALIZADO	La responsabilidad de la referencia corresponde al personal de la salud que brinda la atención (médico, médico de familia, psiquiatra y profesional de la salud no médico). Termina hasta que se inicie la atención en el establecimiento de salud de destino de referencia.	Si el/ la usuario/a llega a emergencia en crisis, se debe resolver el estado crítico y evaluarse su internamiento ante la presencia de: – Intento de suicidio de cualquier tipo – Ideación suicida estructurada que constituya un plan. – Síntomas psicóticos – Compromiso del estado general (inanición, deshidratación, desnutrición) – Conductas de riesgo o de daño autoinfligido en presencia de ideación suicida – Consumo concomitante de sustancias que estén poniendo en riesgo la vida del paciente – Presencia de condiciones (estresores psicosociales) que a juicio del clínico dificulten el manejo ambulatorio	Referencia y contrarreferencia del CSMC	Establecimientos de salud nivel II y III
		Se refiere a atención ambulatoria cuando se haya alcanzado la estabilidad clínica como máximo beneficio al tratamiento o se presente remisión de la sintomatología aguda.		CSMC

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

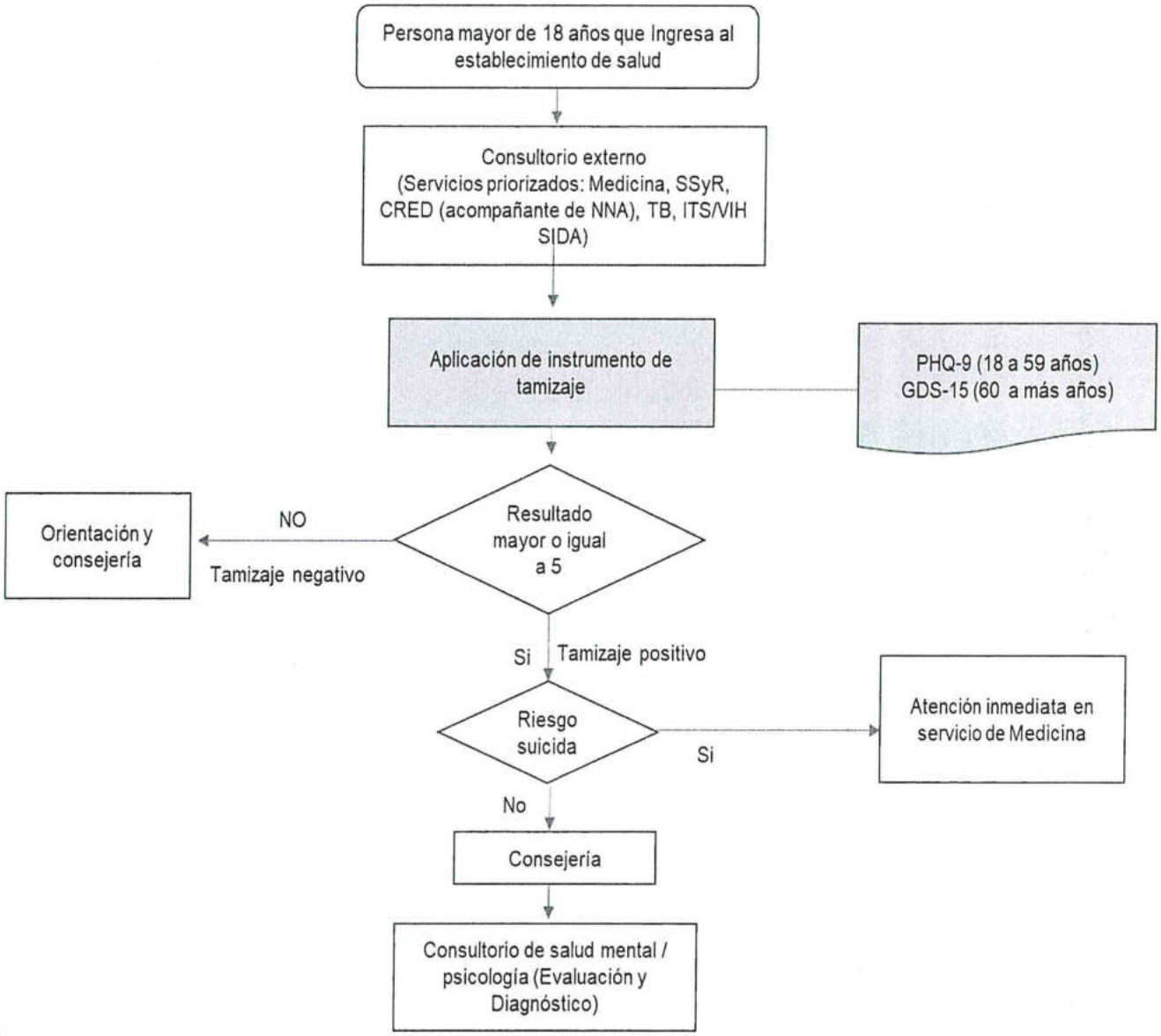
MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L.
CUTIPE
CARDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

INSTITUTOS ESPECIALIZADOS	Le corresponde las siguientes obligaciones: 1) Decidir la referencia del/de la usuario/a basándose en las guías de atención previamente establecidas en función a la capacidad resolutiva del establecimiento de salud, de acuerdo a su nivel de complejidad. 2) Elegir el establecimiento de salud de destino de la referencia para lo cual utiliza los criterios de referencia, las tablas de información de los recursos de soporte, la cartera de servicios y los flujos de referencia de usuarios.	Cuando el/la usuaria presenta un diagnóstico primario con tratamiento especializado y activo, con depresión comórbida que requiera un manejo particular para su remisión.	Referencia y contrarreferencia del CSMC	CSMC

*CS con categoría I-2 y I-3, que no son CSMC

6.7. FLUJOGRAMAS

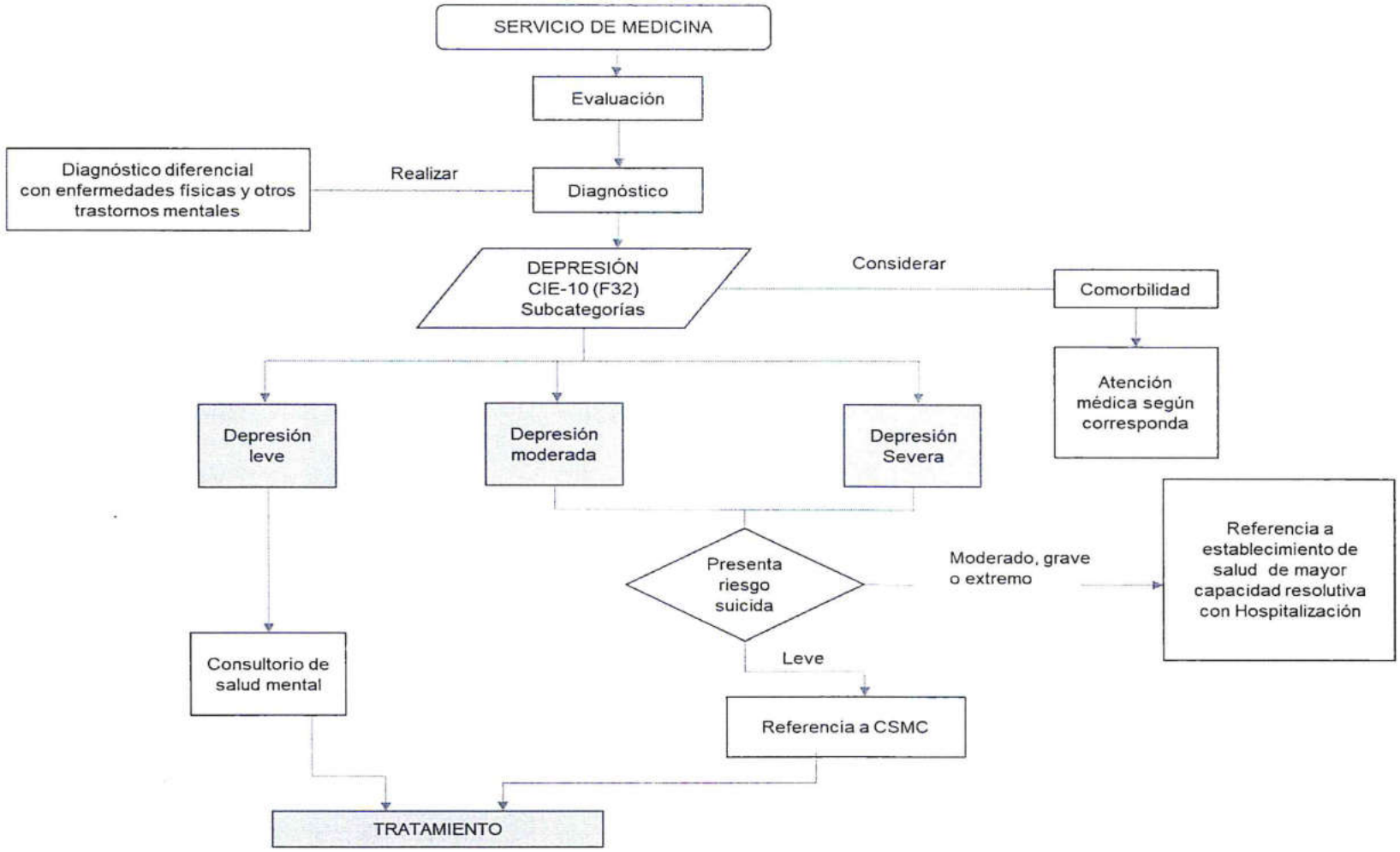
A. FLUJOGRAMA DEL TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓNI-1, I-2, I-3 – no especializado, I-4)



MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

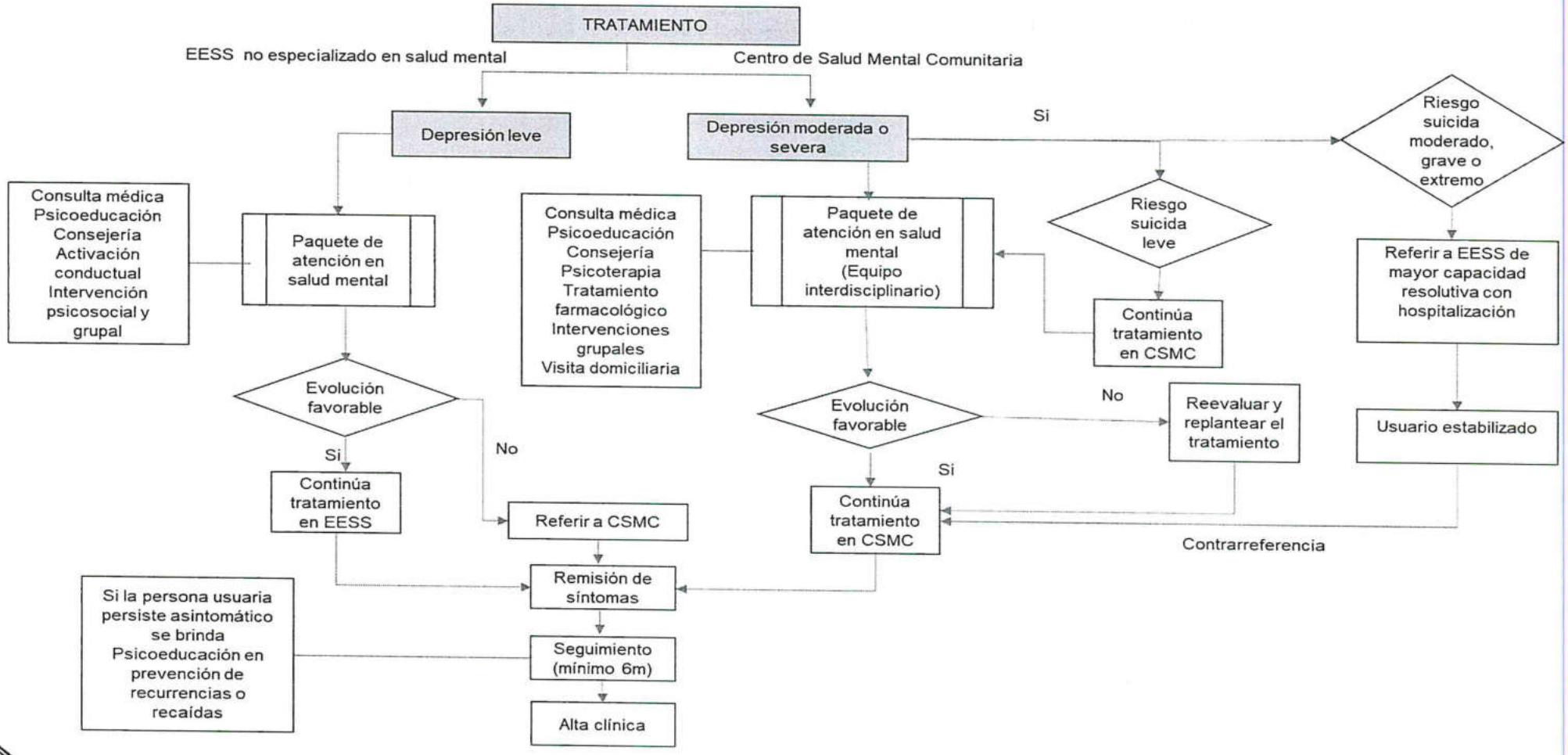
B. FLUJOGRAMA DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



MINISTERIO DE SALUD
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. QUTIPÉ CÁRDENAS
VºBº
DIRECTOR EJECUTIVO

C. FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO CON INTERVENCIONES PARA DEPRESIÓN LEVE, MODERADA O SEVERA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURI L. CUTIRÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

VII. ANEXOS

Anexo 1: Factores de vulnerabilidad asociados a depresión

Anexo 2: Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

Anexo 3: Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

Anexo 4: Lista de población a priorizar para el tamizaje de depresión

Anexo 5: Criterios diagnósticos por subcategorías del F32

Anexo 6: Estados transitorios que pueden asemejar depresión

Anexo 7 Formato único de atención de teleorientación y telemonitoreo – FUAT

H. Gamboa

		Problemas crónicos de salud	Como el cáncer, problemas cardíacos, diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson, la amenorrea hiperprolactinémica y el VIH/SIDA han demostrado incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo. En mujeres, la obesidad mórbida con un Índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 ha mostrado tener una fuerte asociación con depresión. La fatiga crónica ha mostrado asociación con la presencia de trastornos depresivos, distimia y trastorno bipolar. Asociación entre migraña y depresión, de manera que los/as pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los/as que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor.
	Psicológicos	Vulnerabilidad Psicológica	Hace que ante un mismo acontecimiento las consecuencias sean más perjudiciales y prolongadas. Esta vulnerabilidad procede del tipo de ambiente familiar y social, las pautas de crianza, el tipo de educación recibida, aprendizajes y situaciones estresantes que haya experimentado en su vida. Relacionada con la baja autoestima y la indefensión aprendida.
		Antecedentes de síntomas depresivos.	Historia de depresión y duelo.
		Otros trastornos psíquicos	Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor. La distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. Varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco
		Estrés crónico	El estrés crónico parece relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURLL CUTIPÉ CARDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

Anexo 1: Factores de vulnerabilidad asociados a depresión

FACTORES DE VULNERABILIDAD ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN			
Todo evento o entorno que eleva la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o de desarrollar una enfermedad			
Factores Individuales	**Biológicos**	Factores genéticos	La ascendencia y descendencia de las personas depresivas reportan riesgos. Historia familiar de depresión o trastorno bipolar, polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina. Familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general. Personas con antecedentes familiares de primer grado con trastorno depresivo presentan el doble de posibilidades de manifestar depresión en comparación a los de segundo grado.
		Vulnerabilidad biológica	Ante un mismo acontecimiento estresante, la probabilidad de desequilibrios en los niveles de estos neurotransmisores es mayor en las personas que tienen esta vulnerabilidad que en las que no la tiene.
		Sexo	La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres. Se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.
		Edad	La depresión puede conceptualizarse como una condición dinámica desde el punto de vista de la vida en respuesta a características internas, externas y recursos ambientales. En promedio, la edad de inicio de la depresión es entre los 15 y 45 años, aunque episodios depresivos son reportados (en diferentes niveles) desde la infancia a la adultez mayor (síntomas somáticos predominantes) con perfiles diferenciados e impacto. Aunque la depresión es menos común en adultos mayores que en jóvenes, para los primeros constituye un problema importante por su pronóstico cuando se ve acompañado de otras enfermedades tanto agudas como crónicas.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

		Estilo de pensamiento	Pensamientos de tipo rumiativo, esquemas negativos de pensamientos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, reactividad cognitiva negativa, estilos rumiativos de respuestas.
		Relacionados a la identidad género	Las condiciones de género y orientación sexual generan mayor vulnerabilidad para depresión, ansiedad y conductas suicidas y requieren atención en salud mental acorde a sus necesidades.
		Rasgos neuróticos de la personalidad	Se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida.
		Afectividad negativa	Tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas (por ejemplo, baja autoestima) y conductuales. Conlleva una mayor reactividad a estímulos negativos. Estilo cognitivo rumiativo. Déficits de habilidades sociales.
		Estilos de vida	Varios factores del estilo de vida se asocian con la depresión. Un estudio inglés con 84,860 participantes evidenció el incremento del riesgo sobre los hábitos que implican un mayor tiempo frente a la pantalla, un mal patrón de sueño y la dieta como factores parcialmente implicados en la germinación o exacerbación del estado de ánimo deprimido.
Factores ambientales o del medio ambiente	**Familiares**	Relación de pareja	Las mujeres con baja satisfacción marital presentaron mayores niveles de ansiedad que las mujeres con alta satisfacción marital. A su vez, la satisfacción marital fue un factor protector de los niveles de depresión en ambos géneros, obteniendo un mayor valor predictivo en las mujeres.
		Trastorno psíquico en los padres	Especialmente depresión (incluyendo depresión/ ansiedad materna en embarazo y posparto). Trastorno por uso/abuso de alcohol u otras sustancias. Familiares de primer grado de consanguinidad con trastorno depresivo mayor. Antecedentes familiares de depresión. Descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales.

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

		Conflictos en las relaciones familiares	Separación, divorcio, conflictos conyugales. Conflictos en relaciones paterno-filiales.
		Situaciones de violencia intrafamiliar	La violencia origina daños a la salud mental de las mujeres, considerándose un factor de riesgo para la aparición de cuadros depresivos que se constituyen en una causa de discapacidad y sufrimiento;
		Estilos educativos negativos	Negligencia en cuidados, escasa afectividad o rechazo. Autoridad inconsistente, la afectividad negativa y la inestabilidad emocional.
		Maltrato/Abuso	Físico, emocional o sexual. Los antecedentes traumáticos infantiles, específicamente el abuso sexual infantil, se asocia a mayor severidad de la patología depresiva, suicidalidad y conductas autodestructivas.
	Sociales	Dificultades en las relaciones	Conflictos interpersonales, ausencia de amistades.
		Acontecimientos vitales estresantes	Exposición a adversidades a lo largo de la vida. Pérdidas u otros acontecimientos traumáticos.
		Haber sido víctima de Acoso (bullying)	Incluyendo el trato degradante, la humillación, burla o el rechazo/aislamiento
		Ambiente laboral hostil	Ha mostrado fuerte asociación con los trastornos depresivos: alto grado de demandas psicológicas, el sistema de carga y recompensa, el clima laboral, la libertad de decisión, el apoyo social percibido, nivel de estrés y tensión laboral, así como la inseguridad estabilidad han mostrado ser factores con mayor asociación con el desarrollo de sintomatología o trastornos depresivos
		Desempleo	Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.
		Bajo nivel de educación	Las personas no alfabetizadas suelen mostrar síntomas de depresión más grave que las pacientes con escolarización.
		Bajo nivel de recursos económicos	En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YUBIL L. CUTIPÉ CARDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

			de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico.
		Otras circunstancias sociales adversas	Sin hogar, institucionalizados, en centros de acogida o de seguridad. Emigración. refugiados y experiencias de discriminación.
		Estado civil	Estar soltero, divorciado o viudo Las personas separadas presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión que los casados o convivientes.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L.
CUTIPÉ
CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

Anexo 2: Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

PHQ- 9: La escala autoadministrada de tamizaje y seguimiento *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), en español *Cuestionario de Salud del Paciente*, consta de 9 ítems y nos permite obtener un diagnóstico provisional de depresión; así como valora la severidad de los síntomas depresivos durante las 2 semanas previas a la aplicación de esta escala. (5)

Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

En estas 2 últimas semanas ¿usted ha sentido molestias o problemas como?

N°	Preguntas	Para nada	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
2	¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	0	1	2	3
3	¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	0	1	2	3
4	¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	0	1	2	3
5	¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
6	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
7	¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	0	1	2	3
8	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3
9	¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familiar?	0	1	2	3
	Sub total				
	Total				

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? (Marque con una x en la casilla que mejor lo represente)	Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Sumar todos los ítems y obtener un puntaje total.

Puntaje	0-4	5-9	10-14	15-19	20-27
Interpretación	Mínimo o ninguna	Síntomas depresivos leves	Síntomas depresivos moderados	Síntomas depresivos moderadamente severos	Síntomas depresivos severos
Caso negativo		Caso positivo			

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUMPÉ CARDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

Anexo 3: Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

GDS – 15: La Escala de Depresión Geriátrica, (Geriatric Depression Scale, GDS) cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores. Consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para diligenciar esta escala se necesitan cinco minutos, en promedio. (68) (69)

GDS-15			
Preguntas		Respuestas	
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	SI	**NO**
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	**SI**	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	**SI**	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	**SI**	NO
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	**NO**
6	¿Teme que algo malo le pase?	**SI**	NO
7	¿Se siente feliz muchas veces?	SI	**NO**
8	¿Se siente a menudo abandonado?	**SI**	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	**SI**	NO
10	¿Cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad?	**SI**	NO
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	**NO**
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	**SI**	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	**NO**
14	¿Siente que su situación es desesperada?	**SI**	NO
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	**SI**	NO
Total=		Subtotal=	Subtotal=

Puntaje	0-4	5-8	9-11	12-15
Interpretación	Normal	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión severa
Caso negativo		Caso positivo		

H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURIT C. CUTIPÉ CARDENAS
VºBº
DIRECTOR EJECUTIVO

Anexo 4: Lista de población a priorizar para el tamizaje de depresión

Personas
• Personas con historial de episodio depresivo • Personas con historial de intento(s) de suicidio • Personas con historial familiar de depresión • Personas con enfermedades crónicas • Personas con enfermedades degenerativas • Personas con discapacidad • Personas con inadecuado estilo de vida • Personas con el rol de cuidador primario • Personas con problemas psicosociales • Personas con antecedentes de abuso y dependencia de sustancias • Personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas • Personas que consultan a menudo al sistema de salud
Servicios del primer nivel de atención en salud
• Servicios de medicina • Salud sexual reproductiva • Servicio de control del crecimiento y desarrollo del niño (CRED) • Programa de prevención y control del cáncer • Programa de prevención y control Tuberculosis, ITS/VIH-SIDA, otros

(70,71)

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUMPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD D.G.

H. Gamboa

Anexo 5: Criterios diagnósticos por subcategorías del F32

F32 EPISODIO DEPRESIVO - CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10 POR SUBCATEGORIAS					
	SÍNTOMAS	**F32.0 Episodio depresivo leve**	**F32.1 Episodio depresivo moderado**	**F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**	**F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**
CRITERIOS	Criterios generales (CG) del episodio depresivo CG1. El episodio depresivo dura al menos dos semanas. CG2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaníaco o maníaco en ningún período de la vida del individuo. CG3. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.	Se cumple	Se cumple	Se cumple	Se cumple
	(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas (2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras (3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad	Presencia de, por lo menos, 2 de los 3.	Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas descritos.	Presencia de los 3 síntomas descritos del criterio B de F 32.0.	Se cumple los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D.
	1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación. 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva). 6. Cualquier tipo de alteración del sueño. 7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.	Además, está presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro.	Presencia de síntomas adicionales de está lista, para sumar un total de al menos 6 síntomas.	Presencia de síntomas adicionales de está lista para sumar un total de al menos 8.	No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1).
Síntomas psicóticos	(1) Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia- (2) Estupor depresivo	Ausencia.	Ausencia.	Ausencia.	Presencia de cualquiera de los dos síntomas.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CATIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

Anexo 6: Estados transitorios que pueden asemejar depresión

ESTADOS TRANSITORIOS QUE PUEDEN ASEMEJAR DEPRESIÓN			
ESTADO	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS COMUNES**	**CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES**
Tristeza transitoria	Forma parte normal de la experiencia humana. En personas con tristeza los niveles de angustia y funcionalidad son proporcionales al evento vital desencadenante	Estado de Tristeza	En la tristeza no existe una disfunción social u ocupacional, o un nivel elevado de angustia. que invalide a la persona en sus actividades diarias.
Duelo no complicado	Se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva. Se reorganiza con el tiempo.	A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa centradas en no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida. También ideas de muerte, más como deseo de reunirse con la persona fallecida que como deseo de quitarse la vida.	El duelo es temporal, no necesita psicoterapia ni medicación, remite con el tiempo. y con el apoyo afectivo.
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	Desencadenado por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas.	Sentimiento de tristeza, fácil tendencia al llanto, apatía, pérdida o aumento de apetito o peso, insomnio, síntomas físicos (dolor de cabeza, tensión muscular, dificultad para respirar), capacidad de concentración reducida, pensamiento rumiativo, pensamientos relacionados con la muerte.	La reacción desaparece bien por desaparecer el suceso desencadenante o por alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CARDENAS
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

Anexo 7 Formato Único de Atención de Teleorientación y Telemonitoreo – FUAT

PERÚ | Ministerio de Salud

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN DE TELEORIENTACIÓN Y TELEMONITOREO - FUAT

N°	

I. SOLICITUD DE SERVICIOS (Para ser llenado por el teleorientador)

☐ Teleorientación ☐ Telemonitoreo (marque el tipo de servicio a brindar) ☐ Teleconsulta

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre de IPRESS		Fecha de telemonitoreo		Hora de telemonitoreo	

Nombres y apellidos:								
Edad		Sexo	F	M	DNI/LE		Tipo de seguro del paciente	

(*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaporte, Carné de extranjería o Cédula de identidad

II. ATENCIÓN DEL SERVICIO DE TELEMONITOREO/TELECONSULTA/TELEORIENTACIÓN

2.1 RESUMEN DE SOLICITUD

Nueva		Control	N° control	1	2	> 2

Especificar especialidad (es):

Otros		Especificar	

2.2 BREVE RESUMEN CLÍNICO (Antecedentes de importancia, enfermedad actual, anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica, tratamiento actual, exámenes de apoyo al diagnóstico)

PA	mmhg	FC	x'	FR	x'	T°	x'	Sat O2	%	Peso	Kg	Talla	

Descripción de caso:
SIN RESUMEN CLÍNICO

*Para llenar cuando se requiera información complementaria solicitada al paciente: SI LO SUPIERA

2.3 TRATAMIENTO ACTUAL	2.4 EXAMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

3. MOTIVO DEL TELEMONITOREO

4. DATOS DE LA IPRESS CONSULTORA

Nombre del IPRESS	Código Único de RENIPRESS			
	Fecha del telemonitoreo		Hora del telemonitoreo	

5.DIAGNÓSTICO (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)

N°	CIEX	DIAGNÓSTICO	P	D	R
1					

6. RECOMENDACIONES / PLAN / INDICACIONES(de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)

7. DATOS DEL PROFESIONAL

Nombres y apellidos

Profesional de salud
Especialidad/Subespecialidad

N° de Colegio
Profesional/RNE

Firma y sello

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Huguet A, Miller A, Kisely S, Rao S, Saadat N, McGrath PJ. A systematic review and meta-analysis on the efficacy of Internet-delivered behavioral activation. J Affect Disord [Internet]. el 1 de agosto de 2018;235:27–38. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717321547

2. Rodríguez Morejón A. Manual de psicoterapias. Herder Editorial; 2019. 624 p.

3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano [Internet]. 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf

4. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales del comportamiento. Glosario y criterios diagnósticos de investigación [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 1994. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=308B193E8C566DC86C28F611654DD7EF?sequence=1

5. Huarcaya-Victoria J, De-Lama-Morán R, Quiros M, Bazán J, López K, Lora D. Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. Rev Neuro-Psiquiatr. 2020;83:72–8.

6. National Health Institute. Cognitive Behavioral Therapy [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=cognitive++therapy

7. Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión [Internet]. Lima Perú: Hospital Nacional Víctor Larco Herrera; 2017. Disponible en: https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/RD_132_2018_DG_HVLH.pdf

8. Roberson-Nay R, Lapato DM, Wolen AR, Lancaster EE, Webb BT, Verhulst B, et al. An epigenome-wide association study of early-onset major depression in monozygotic twins. Transl Psychiatry [Internet]. el 25 de agosto de 2020;10(1):301. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41398-020-00984-2

9. Fried EI, van Borkulo CD, Cramer AOJ, Boschloo L, Schoevers RA, Borsboom D. Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2016/12/05 ed. enero de 2017;52(1):1–10. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27921134

10. Spellman T, Liston C. Toward Circuit Mechanisms of Pathophysiology in Depression. Am J Psychiatry [Internet]. el 1 de mayo de 2020 [citado el 25 de febrero de 2022];177(5):381–90. Disponible en: https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030280

11. de Menezes Galvão AC, Almeida RN, de Sousa GMJ, Leocadio-Miguel MA, Palhano-Fontes F, de Araujo DB, et al. Pathophysiology of Major Depression by Clinical Stages. Front Psychol. 2021;12:641779.

12. Cowen P. Neuroendocrine and Neurochemical Processes in Depression. Psychopathology Review [Internet]. 2016;3(1):3–15. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.5127/pr.034513

13. Ramírez LA, Pérez-Padilla EA, García-Oscos F, Salgado H, Atzori M, Pineda JC. Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Biomédica. 2018;38:437–50.

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

14. Organización Mundial de la Salud. La depresión [Internet]. La depresión. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

15. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 [Internet]. Lima; 2013. Disponible en: https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf

16. Minsa. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018 [Internet]. Lima Perú: MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA - DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL; 2018 p. 54. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf

17. Saldivia S, Vicente B, Marston L, Melipillán R, Nazareth I, Bellón-Saameño J, et al. Desarrollo y validación de un algoritmo para predecir riesgo de depresión en consultantes de atención primaria en Chile. Rev Médica Chile. 2014;142:323–9.

18. Guan N, Guariglia A, Moore P, Xu F, Al-Janabi H. Financial stress and depression in adults: A systematic review. PloS One. 2022;17(2):e0264041.

19. Köhler CA, Evangelou E, Stubbs B, Solmi M, Veronese N, Belbasis L, et al. Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. J Psychiatr Res. agosto de 2018;103:189–207.

20. Sarris J, Thomson R, Hargraves F, Eaton M, de Manincor M, Veronese N, et al. Multiple lifestyle factors and depressed mood: a cross-sectional and longitudinal analysis of the UK Biobank (N = 84,860). BMC Med [Internet]. el 12 de noviembre de 2020;18(1):354. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12916-020-01813-5

21. Ministerio de sanidad, servicios sociales igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. 2014. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

22. Remes O, Mendes JF, Templeton P. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. Brain Sci [Internet]. el 10 de diciembre de 2021;11(12):1633. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34942936

23. Vallejo-Ruiloba J, Legal C. Tratado de Psiquiatría Vol. 1. Madrid: Marbán; 2012.

24. Hung CI, Liu CY, Yang CH. Untreated duration predicted the severity of depression at the two-year follow-up point. PloS One. 2017;12(9):e0185119.

25. Ministerio de Sanidad. Clasificaciones y normalización estadística [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/home.htm

26. Ministerio de sanidad, servicios sociales igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. 2014. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

27. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. [Internet]. StatPearls. 2021. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/

28. Geddes J, Andreasen N, Goodwin G. New Oxford Textbook of Psychiatry [Internet]. 3ra ed. EEUU: Oxford University Press; 2020. Disponible en:

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
D.G.
H. Gamboa

https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198713005.001.0001/med-9780198713005-chapter-66

29. Steffen A, Nübel J, Jacobi F, Bätzing J, Holstiege J. Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. BMC Psychiatry [Internet]. el 30 de marzo de 2020;20(1):142. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12888-020-02546-8

30. Kang HJ, Kim SY, Bae KY, Kim SW, Shin IS, Yoon JS, et al. Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. Chonnam Med J [Internet]. 2015/04/14 ed. abril de 2015;51(1):8–18. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25914875

31. Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M, et al. Comorbid depression in medical diseases. Nat Rev Dis Primer [Internet]. el 20 de agosto de 2020;6(1):69. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2

32. MINSA. Guía técnica: Guía de práctica clínica en depresión [Internet]. 2008. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf

33. Kverno KS, Velez R. Comorbid Dementia and Depression: The Case for Integrated Care. DEMENTIA [Internet]. el 1 de marzo de 2018;14(3):196–201. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415518300424

34. Santiago JA, Potashkin JA. The Impact of Disease Comorbidities in Alzheimer's Disease. Front Aging Neurosci [Internet]. 2021;13. Disponible en: https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnagi.2021.631770

35. Green RC, Cupples LA, Kurz A, Auerbach S, Go R, Sadovnick D, et al. Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study. Arch Neurol. mayo de 2003;60(5):753–9.

36. Dafsari FS, Jessen F. Depression—an underrecognized target for prevention of dementia in Alzheimer's disease. Transl Psychiatry [Internet]. el 20 de mayo de 2020;10(1):160. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41398-020-0839-1

37. Chi S, Yu JT, Tan MS, Tan L. Depression in Alzheimer's disease: epidemiology, mechanisms, and management. J Alzheimers Dis JAD. 2014;42(3):739–55.

38. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. Psychooncology. febrero de 2014;23(2):121–30.

39. Foster M, Niedzwiedz CL. Associations between multimorbidity and depression among breast cancer survivors within the UK Biobank cohort: a cross-sectional study. BMC Cancer [Internet]. el 31 de mayo de 2021;21(1):650. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12885-021-08409-z

40. Casavilca-Zambrano S, Custodio N, Liendo-Picoaga R, Cancino-Maldonado K, Esenarro L, Montesinos R, et al. Depression in women with a diagnosis of breast cancer. Prevalence of symptoms of depression in Peruvian women with early breast cancer and related sociodemographic factors. Semin Oncol. octubre de 2020;47(5):293–301.

41. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. J Affect Disord. octubre de 2012;142 Suppl:S8-21.

42. García Vicente E, Villar Sordo V del, García y García EL. La depresión tras el infarto agudo de miocardio. An Med Interna. 2007;24:346–51.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

43. Glassman AH. Depression and cardiovascular comorbidity. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2007;9(1):9–17. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17506222

44. Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, Nachega JB. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Curr HIV/AIDS Rep. septiembre de 2014;11(3):291–307.

45. Millar BM, Starks TJ, Gurung S, Parsons JT. The Impact of Comorbidities, Depression, and Substance Use Problems on Quality of Life Among Older Adults Living With HIV. AIDS Behav [Internet]. junio de 2017;21(6):1684–90. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27864625

46. Groen RN, Ryan O, Wigman JTW, Riese H, Penninx BWJH, Giltay EJ, et al. Comorbidity between depression and anxiety: assessing the role of bridge mental states in dynamic psychological networks. BMC Med [Internet]. el 29 de septiembre de 2020;18(1):308. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12916-020-01738-z

47. Chang ET, Wells KB, Gilmore J, Tang L, Morgan AU, Sanders S, et al. Comorbid depression and substance abuse among safety-net clients in Los Angeles: a community participatory study. Psychiatr Serv Wash DC [Internet]. 2014/12/01 ed. el 1 de marzo de 2015;66(3):285–94. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25727117

48. Hunt GE, Malhi GS, Lai HMX, Cleary M. Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord [Internet]. el 1 de abril de 2020;266:288–304. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719327429

49. MINSA. Carga de enfermedad en el Perú: estimación de los años de vida saludables perdidos 2016 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2016.pdf

50. INEI. Nota de Prensa: En el Perú 1millón 575 mil personas presentan algún tipo de discapacidad [Internet]. 2013. Disponible en: http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/np-178-2013.pdf

51. MINSA. Programa presupuestal 0129 prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad. Anexo Nº 2 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2018/pp/anexo/8/ANEXO2.pdf

52. Center for Disease Control and Prevention. The Mental Health of People with Disabilities [Internet]. Disability and Health Promotion. 2020. Disponible en: https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/features/mental-health-for-all.html

53. Curioso WH, Galán-Rodas E. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. Acta Médica Peru [Internet]. julio de 2020;37:366–75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300366&nrm=iso

54. MINSA. Petitorio Nacional de Medicamentos Esenaciales para el sector salud [Internet]. 2018. Disponible en: https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/bitstream/handle/DIGEMID/149/PNUME_2018_Ed.pdf?sequence=3&isAllowed=y

55. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto [Internet]. 2015. Disponible en: 2015

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURLL
CUTIPÉ
CÁRDENAS
V°B°

56. Dirección de General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Informe técnico SEMTS-DAUS-DIGEMID/MINSA [Internet]. Lima Perú; 2016. Disponible en: https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/bitstream/handle/DIGEMID/79380/28_INFORME_VENLAFAXINA.pdf?sequence=2&isAllowed=y

57. Schatzberg A, DeBattista C. Manual de psicofarmacología Clínica. Octava edición. Estados Unidos: American Psychiatric Association; 2018. 715 p.

58. Preskorn SH, Lane RM. Sertraline 50 mg daily: the optimal dose in the treatment of depression. Int Clin Psychopharmacol. septiembre de 1995;10(3):129–41.

59. Laoutidis ZG, Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry [Internet]. el 16 de mayo de 2013;13(1):140. Disponible en: https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-140

60. Essalud. Guía de práctica clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención [Internet]. Lima Perú: Essalud ah; Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_Depresion_V_Corta.pdf

61. Stahl S. Psicofarmacología esencial: : bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. 4ta ed. Barcelona: Aula Médica; 2014.

62. Calderón M. Escitalopram para trastornos neuropsiquiátricos [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2018. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2019-12-10/ETS%200020-2019%20ESCITALOPRAN%20PARA%20TRANSTORNOS%20PSIQUIATRICOS.pdf

63. Instituto Nacional de Salud Mental "HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI". Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría [Internet]. 2008. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf

64. MINSA. Guía Técnica : de práctica clínica en conducta suicida [Internet]. 2008. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2906.PDF

65. Ministerio de salud de Chile. Programa Nacional para la prevención del suicidio [Internet]. Chile; 2013 p. Esp. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf

66. Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate Jr. CA, Kasper S. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. Transl Psychiatry [Internet]. el 3 de abril de 2019;9(1):127. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3

67. Bogner HR, Morales KH, Reynolds CF, Cary MS, Bruce ML. Prognostic factors, course, and outcome of depression among older primary care patients: the PROSPECT study. Aging Ment Health. 2012;16(4):452–61.

68. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983 de 1982;17(1):37–49.

69. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica [Internet]. 2011;10(3):735–43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008

MINISTERIO DE SALUD D.G. H. Gamboa

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Mental Med. Psiq. YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS V°B° DIRECTOR EJECUTIVO

70. MINSALUD. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adulto: Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_td/GPC_td_completa.aspx

71. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gu%C3%ADa_DEPRESION_20180228_D.pdf

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud Mental
Med. Psiq.
YURI L. CUTIPÉ CÁRDENAS
V°B°
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
D.G.
H. Gamboa