

Antonio Carrillo<sup>1</sup>  
Blanca Reneses<sup>1,2</sup>  
Isabel Argudo<sup>1</sup>  
María J. Regatero<sup>1</sup>  
Raquel Ruiz<sup>1</sup>  
Juan J. López-Ibor<sup>1,2</sup>

# Proceso clínico de Trastornos Depresivos en los Servicios de Psiquiatría

<sup>1</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Clínico San Carlos  
Instituto de Investigación Sanitaria del  
Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)  
Madrid. España

<sup>2</sup>Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica  
Facultad de Medicina  
Universidad Complutense de Madrid  
Centro de Investigación en Red CIBERSAM  
España

## INTRODUCCIÓN

La gestión por procesos es una herramienta para la organización de la asistencia que permite la atención a una patología concreta a lo largo de todas sus fases de una manera homogénea, ordenada y protocolizada. Un proceso asistencial es un conjunto de decisiones, actuaciones y actividades que tiene por finalidad incrementar el nivel de atención asistencial, el grado de satisfacción de los pacientes y la implicación de los profesionales afectados. El proceso de Ansiedad y Depresión desarrollado en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, contempla el abordaje de los trastornos de ansiedad y depresión desde una perspectiva integradora entre niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada en ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental) y cuenta con un sistema de información propio, que permite el análisis de los resultados clínicos, así como un sistema de evaluación (indicadores) que tiene por objetivo analizar el propio proceso y sus posibles desviaciones.

El proceso clínico de depresión (PCD) en los servicios de psiquiatría contempla un subproceso correspondiente a los servicios psiquiátricos ambulatorios en los Centros de Salud Mental (CSM) y otro subproceso que se desarrolla en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Ambos subprocesos tienen por misión estandarizar la identificación, el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas en los pacientes que presentan una depresión perteneciente a los trastornos incluidos en el Proceso.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>1</sup>, los trastornos depresivos incluidos en el PCD son los siguientes: episodios depresivos (F32), trastorno depresivo recurrente (F33), trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34), otros trastornos del humor (F38) y los trastornos del humor sin especificación (F39). Se han excluido los trastornos depresivos bipolares que pertenecen a un proceso clínico específico diferente.

El objetivo del proceso de depresión en los servicios de Salud Mental, coincidente con la mayor parte de las guías

clínicas vigentes del tratamiento de la depresión, consiste en alcanzar y mantener la remisión del episodio depresivo agudo, lo cual supone en términos clínicos la eliminación prácticamente completa de los signos y síntomas de depresión, y, en términos prácticos, la vuelta a los niveles previos de capacidad social y funcional general<sup>2</sup>. No lograr la remisión comporta consecuencias negativas. Los pacientes con remisiones incompletas tienen un riesgo de recaídas 2 o 3 veces superior comparado con los que alcanzan la remisión completa<sup>3,4</sup>, mayor número de episodios depresivos crónicos<sup>5</sup>, menor duración entre los episodios<sup>5</sup> y afectación funcional más elevada<sup>6</sup>. Así mismo, la falta de remisión parece asociarse a una mayor comorbilidad médica y a un número superior de intentos de suicidio<sup>7,8</sup>.

A pesar de las graves consecuencias que comporta la remisión parcial del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), la remisión completa todavía sigue siendo infrecuente en la actualidad. Entre los pacientes que inician un tratamiento antidepressivo para la depresión aguda, aproximadamente la mitad no responde al tratamiento inicial y la remisión sólo se alcanza en un tercio de los mismos<sup>9</sup>. Un 30% de pacientes no logra la remisión tras varias series de ensayos terapéuticos<sup>10</sup>.

La evolución del TDM durante el tratamiento se clasifica como respuesta, remisión, recuperación, recaída y recurrencia<sup>11</sup>. La cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)<sup>12</sup> define la remisión completa como la ausencia de signos o síntomas de la enfermedad durante los últimos 2 meses, y la remisión parcial como la presencia de síntomas que no cumplen criterios completos para episodio depresivo mayor o la existencia de síntomas significativos de menos de 2 meses de duración. Alcanzar la remisión es el objetivo del tratamiento agudo, y mantenerla (lograr la recuperación) es el objetivo final del tratamiento. La recaída es la vuelta del episodio depresivo durante la remisión, y la recurrencia es la aparición de un nuevo episodio durante la fase de recuperación.

Para alcanzar la remisión del TDM pueden ser necesarios una serie de valoraciones y pasos de tratamiento durante la fase aguda. El tratamiento de la depresión incluye una fase

aguda, una fase de continuación y una fase de mantenimiento. La fase aguda se ha descrito tradicionalmente como de una duración de 6 a 12 semanas; los pacientes que alcanzan la remisión pasan a una fase de continuación de 4 a 9 meses, seguida de una fase de mantenimiento prolongada para aquellos que tienen un TDM crónico o recurrente<sup>13</sup>.

## PROCESO DE DEPRESIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS

El Proceso clínico de depresión (PCD), desarrollado en el Instituto de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, establece que la atención psiquiátrica ambulatoria a los pacientes con depresión se realiza en los Centros de Salud Mental (CSM). Los pacientes derivados a los CSM provienen de distintos dispositivos asistenciales. La mayoría de ellos son remitidos desde los equipos de Atención Primaria (AP) de acuerdo a una serie de criterios de derivación previamente consensuados para este Proceso con especialistas de AP. Otras vías de acceso son los servicios de urgencia hospitalaria y, con menor frecuencia, el resto de especialidades médicas.

El Proceso señala como primer paso en la evaluación de los pacientes en los CSM la determinación del ámbito de tratamiento más adecuado para cada caso individual y establece una serie de criterios de derivación a la Unidad de Hospitalización psiquiátrica, entre los que se incluyen: 1) grave riesgo de suicidio en el momento de la valoración (por ejemplo, intento de suicidio reciente, ideación autolítica no controlable); 2) graves alteraciones de conducta que supongan un riesgo importante para el paciente y/o los demás; 3) síntomas psicóticos no manejables en el nivel ambulatorio; y 4) falta de respuesta al tratamiento farmacológico con indicación de tratamientos específicos de ámbito hospitalario.

Junto con la realización de una historia clínica completa, el Proceso contempla una evaluación específica de todos los pacientes depresivos que acceden al servicio ambulatorio. Esta evaluación incluye, entre otras, una exploración psicopatológica sistematizada (examen del estado mental) y la administración de varias escalas clínicas obligatorias y opcionales.

La atención basada en la medición es un sistema que consiste en el uso de escalas estandarizadas para detectar, diagnosticar, valorar regularmente los síntomas, y monitorizar y establecer decisiones de tratamiento<sup>14, 15</sup>. Este tipo de atención, complementaria de la exploración clínica, proporciona medidas sensibles del estado clínico del paciente y, junto con la utilización de algoritmos de tratamiento, contribuye a mejorar la detección de la depresión, racionalizar y optimizar las decisiones terapéuticas, y mejorar el curso de la enfermedad. Se ha señalado que la utilización regular y sistemática de escalas clínicas que miden la respuesta a los tratamientos ayuda

a mejorar la evolución de los pacientes con TDM y facilita la remisión<sup>16</sup>. En la práctica clínica, la implementación de este sistema de medición, junto con el establecimiento de puntos críticos de decisión, permite decidir cuándo un tratamiento ha fallado, qué hacer con los pacientes que sólo han alcanzado una mejoría parcial, cuánto tiempo mantener un tratamiento efectivo y cuándo suspenderlo. No aplicar un sistema basado en la medición puede favorecer cambios de tratamiento y combinaciones terapéuticas innecesarias en pacientes que podrían haber respondido y alcanzado la remisión con un tratamiento inicial<sup>19</sup>.

En la actualidad se dispone de varias escalas para cada nivel de valoración, incluyendo la detección, el diagnóstico, la determinación de los síntomas depresivos y la monitorización del tratamiento. De algunas de estas escalas existen versiones autoadministradas que hacen de estos instrumentos rápidos y fáciles de utilizar en la práctica clínica.

El proceso en los Servicios de psiquiatría ha incluido la utilización rutinaria de algunos instrumentos de medida, mientras que otros, si bien se consideran aconsejables, se han reservado para un uso opcional por parte de los clínicos. Entre los primeros se incluyen la PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*)<sup>17</sup>, la CGI (*Clinical Global Impression*)<sup>18</sup>, la GAF (*Global Assessment of Function*)<sup>19</sup> y un instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, la EUROQOL-5D<sup>20</sup>. La escala PHQ-9 es un instrumento autoadministrado de detección, diagnóstico y monitorización de la sintomatología depresiva, especialmente útil en la práctica clínica. Consta de 9 ítems basados en los criterios "A" del trastorno depresivo mayor del DSM-IV.

El resto de escalas de uso opcional incluyen la valoración de los síntomas depresivos con la escala de Hamilton de la depresión<sup>21</sup>, el cuestionario MDQ (*Mood Disorder Questionnaire*)<sup>22</sup> para el despistaje de pacientes con un posible trastorno bipolar y la escala de valoración del riesgo de suicidio de Plutchik<sup>23, 24</sup>.

Otro aspecto específico incluido en la evaluación inicial de los pacientes depresivos consiste en realizar una valoración multidimensional de los posibles factores etiopatogénicos relacionados con el episodio depresivo en el paciente individual. Dichos factores, clasificados según una triple vertiente, biológica, psicológica y social, se agrupan en factores precipitantes, factores predisponentes, factores perpetuantes y factores protectores. Para la sistematización de los tres primeros se ha considerado el listado de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Códigos Z) de la CIE-10.

La evaluación específica de la depresión en los servicios psiquiátricos se completa con la realización de pruebas y exámenes complementarios (laboratorio, pruebas de imagen, ECG, EEG) y, si se considera necesario, con la solicitud de valoración del paciente por otros especialistas. Así mismo,

el Proceso facilita un documento escrito de uso opcional de información para el paciente y su familia sobre las características y pronóstico de la enfermedad, sus posibilidades terapéuticas y los resultados esperados.

Tras el establecimiento del diagnóstico de trastorno depresivo, se contemplan dos algoritmos de intervención diferentes, uno relativo a los episodios depresivos únicos (Fig 1) y otro relacionado con los episodios depresivos recurrentes (Fig. 2). Ambos incluyen la valoración inicial de la gravedad del episodio actual (leve, moderado o grave) empleando, además, un modelo de estadiaje clínico de la depresión (ver más adelante), de la que se derivan estrategias de actuación, planes de tratamiento y seguimiento diferenciados en todas las fases de la evolución de la enfermedad. Los dos algoritmos integran los siguientes aspectos:

1. Determinación del ámbito de atención y tratamiento de los trastornos depresivos

La determinación del ámbito de tratamiento (Servicios de Psiquiatría o Atención Primaria) se realiza en función de la interacción entre las siguientes variables: gravedad del episodio, fase de tratamiento en la que se encuentra el paciente (aguda, continuación o mantenimiento) y cumplimiento, o no, de los criterios de remisión completa. En todos los casos en los que no se consigue la remisión o en los que sólo se alcanza la respuesta y persisten síntomas residuales, los pacientes continúan seguimiento y tratamiento en los servicios especializados de psiquiatría

2. Diagnóstico de la depresión basado en un modelo de estadiaje clínico

Un aspecto novedoso que incorpora el PCD es el diagnóstico según un modelo de estadiaje clínico. Este modelo, ampliamente usado en medicina y en especial en oncología, constituye una forma refinada de diagnóstico que difiere del diagnóstico convencional en que no sólo incluye una definición clínica transversal (severidad) de la enfermedad en un momento concreto, sino que introduce una dimensión longitudinal que determina dónde se encuentra un paciente a lo largo del continuum que representa la evolución de la enfermedad<sup>25-29</sup>. La aplicación del modelo de estadiaje en el campo de la psiquiatría y en concreto en el caso de los trastornos depresivos, aporta una definición biopsicosocial amplia que puede ayudar a determinar el grado de progresión de la enfermedad, la persistencia o recurrencia de los síntomas y el grado de afectación funcional que conlleva. Junto a los beneficios potenciales que podrían derivarse de la posibilidad de establecer correlaciones entre las categorías diagnósticas tradicionales con entidades fisiopatológicas concretas, la definición de estadios cuantificables en la depresión, desde una perspectiva clínica, permite la creación de un marco útil para evaluar la efectividad de intervenciones y tratamientos específicos basados en la evidencia para cada estadio dirigidas a la prevención

de la progresión de la enfermedad hacia estadios más avanzados o la regresión a estadios iniciales, incluyendo la remisión completa y mantenida<sup>26-28, 30</sup>.

El modelo heurístico propuesto por el grupo de McGorry<sup>30, 31</sup> plantea la utilidad del modelo de estadiaje clínico en los trastornos depresivos, no sólo a la hora de facilitar la detección temprana de sujetos en riesgo y de prevenir un primer episodio en aquellos que manifiestan síntomas subsindrómicos, sino como un modelo que puede ayudar a prevenir la evolución de la enfermedad con tratamientos específicos durante los primeros episodios, reducir la gravedad de la enfermedad y prevenir su progresión a estadios más avanzados<sup>31</sup>.

En la Tabla 1 se recoge la modificación propuesta por el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del HCSC del modelo de estadiaje clínico de los trastornos depresivos propuesto por el grupo de McGorry<sup>31</sup>.

Un modelo diferente de estadiaje es el que define los estadios en función de los tratamientos necesarios para alcanzar la remisión del episodio depresivo<sup>32-34</sup>. Aunque se trata más bien de un modelo para medir la resistencia al tratamiento, complementa el modelo de estadiaje clínico anterior, por lo que el PCD lo ha incluido en la valoración de las depresiones resistentes, especialmente en el ámbito hospitalario.

3. Estrategias para el tratamiento de la depresión y abordaje de las depresiones resistentes

Junto a la utilización de medidas estandarizadas, el Proceso de Depresión recomienda el uso de algoritmos de tratamiento y de guías clínicas para el tratamiento de la depresión, tanto durante la fase aguda como en las fases de tratamiento de mantenimiento y continuación<sup>35-42</sup>. Estas guías aprobadas en el proceso están de acuerdo en algunos principios básicos del tratamiento de la depresión basados en la evidencia científica. En el tratamiento agudo recomiendan realizar una evaluación diagnóstica completa, valorar el riesgo de daño personal y a terceros, detectar posibles estresores vitales, determinar el estado de salud general, seleccionar el lugar de tratamiento apropiado y establecer un plan de tratamiento individualizado que incluya el uso de dosis y duraciones de tratamiento adecuadas para alcanzar la remisión. Durante el tratamiento de continuación aconsejan mantener durante 6-9 meses las mismas dosis que se necesitaron para alcanzar la remisión, así como establecer un ciclo de visitas regular monitorizando la adherencia y los signos de recaída. En el tratamiento de mantenimiento, las guías clínicas aconsejan prolongarlo más de un año en la mayor parte de los casos y, en caso de retirada de la medicación, realizar una reducción gradual, a la vez que se establecen controles regulares y se monitoriza la adherencia terapéutica y los signos de recurrencia<sup>43</sup>. Existe amplio consenso en que la utilización de guías clínicas puede contribuir a

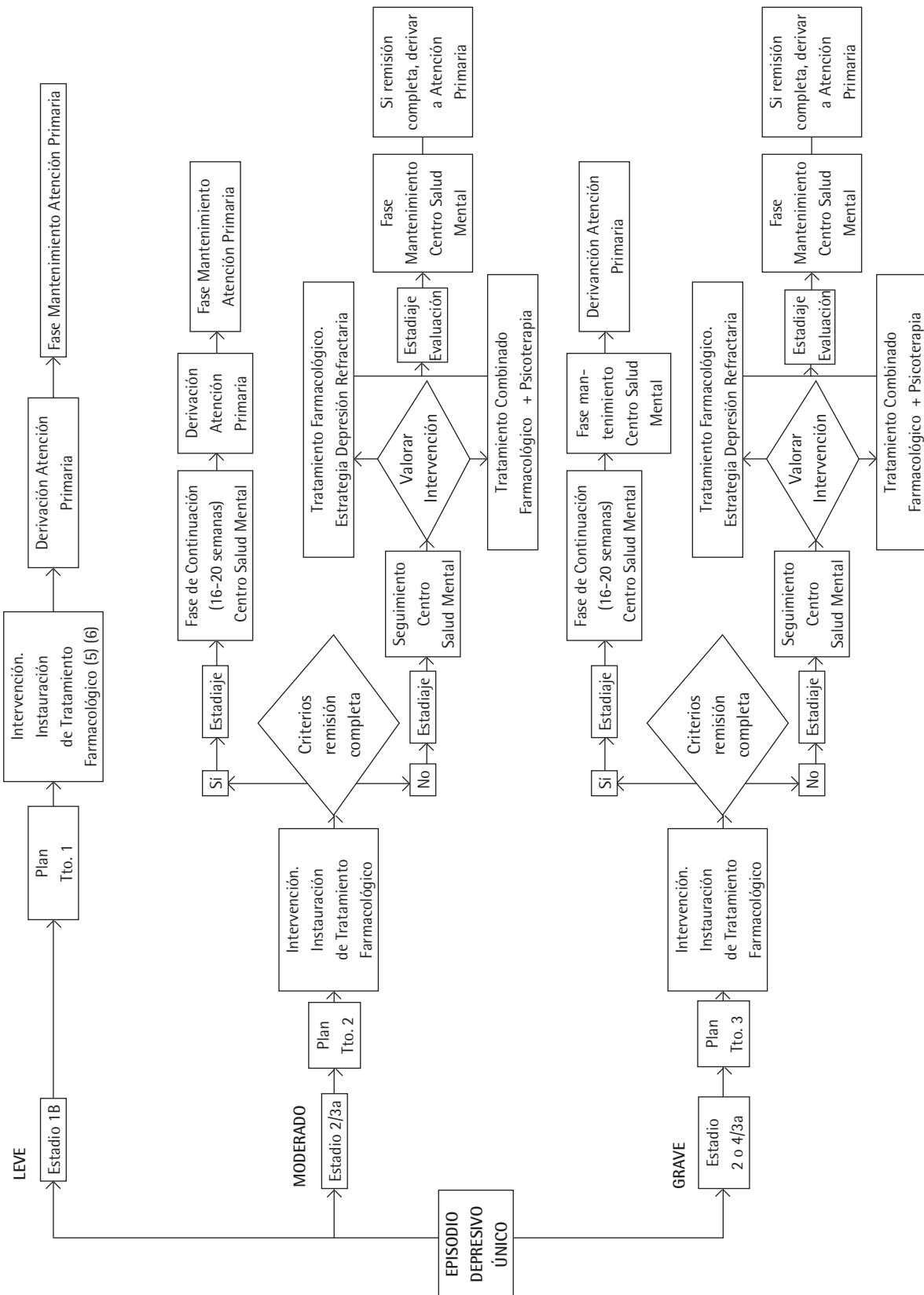


Figura 1 Plan de tratamiento de los episodios depresivos únicos en los Servicios de Psiquiatría ambulatorios

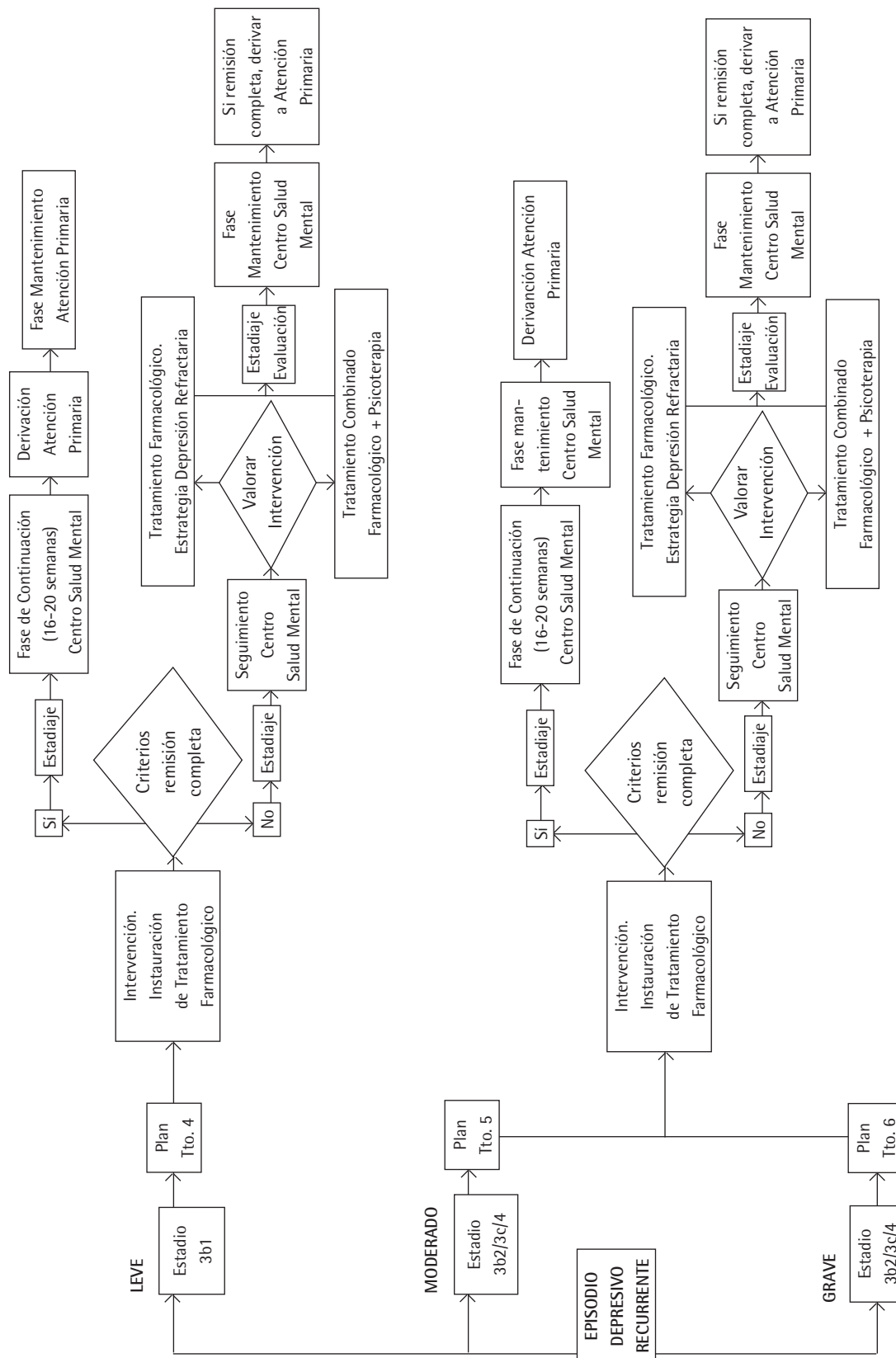


Figura 2

Plan de tratamiento de los episodios depresivos recurrentes en los Servicios de Psiquiatría ambulatorios

Tabla 1 Modelo de estadije clínico de los trastornos depresivos, modificado por el IPySM del HCSC<sup>31</sup>

Estadio clínico	Diagnóstico CIE 10	Definición	Población diana	Intervenciones potenciales	Marcadores biológicos y endofenotípicos
0a		Riesgo mayor de Tr. Depresivo o de ansiedad por antecedentes familiares; sin síntomas actuales.	Jóvenes familiares de primer grado de probandos.	Información sobre la salud mental, psicoeducación para el joven y su familia, estrategias para incrementar la resiliencia.	Marcadores de rasgo candidatos; brazo corto de 5HTT y endofenotipos.
0b		Riesgo mayor de Tr. Depresivo con antecedentes de episodio depresivo pero sin síntomas actuales.	Personas con un episodio depresivo previo con remisión completa.	Psicoeducación, estrategias para incrementar la resiliencia.	
1a		Síntomas leves o inespecíficos de depresión incluyendo déficits neurocognitivos o alteración del estado de ánimo. Alteración leve o descenso de la capacidad funcional.	Screening en las poblaciones de jóvenes. Personas derivadas de Atención Primaria o de los equipos de orientación escolar.	Información específica sobre salud mental; psicoeducación; intervenciones sobre el estilo de vida; técnicas simples de CBT.	Candidatos de rasgo y estado donde sea factible de acuerdo con el tamaño de la muestra (por ejemplo Latencia REM disminuida).
1b	Episodio depresivo leve.	Riesgo muy elevado. Síntomas moderados aunque subumbral de ansiedad o depresión, con cambios neurocognitivos moderados y disminución de la capacidad funcional. GAF < 70.	Personas derivadas de Atención Primaria, equipos de orientación escolar, Urgencias médicas, servicios sociales.	Psicoeducación individual y a familiares; intervenciones sobre el estilo de vida; técnicas de CBT incluyendo solución de problemas.	
2	Episodio depresivo moderado-grave.	Primer episodio de trastorno depresivo mayor. Síndrome completo con síntomas moderados o graves, déficits neurocognitivos y disminución de la capacidad funcional (GAF 30-50)	Derivados de A primaria, Urgencias, otros especialistas, Servicios de alcohol y drogodependencias.	Tratamiento farmacológico, Psicoterapia formal, Psicoeducación, intervenciones sobre el estilo de vida.	Marcadores biológicos de estado, rasgo o progresión de la enfermedad.
3a	Episodio depresivo leve, moderado o grave.	Remisión incompleta del primer episodio de depresión con tratamiento podría estar vinculado o conducido rápidamente al estadio 4.	Derivados de A Primaria u otros servicios especializados.	Igual al estadio 2 pero con especial énfasis en estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas para conseguir la remisión completa.	Marcadores biológicos de estado, rasgo o progresión de la enfermedad.
3b1	Depresión recurrente. Episodio actual	Recurrencia o recaída de un episodio depresivo anterior que se estabilizó con remisión completa.	Derivados de A Primaria u otros servicios especializados.	Igual a estadio 3a pero con énfasis en la prevención de recaídas y estrategias para detectar síntomas de alarma tempranos.	Marcadores biológicos de estado, rasgo o progresión de la enfermedad.
3b2	Depresión recurrente. Episodio actual	Recurrencia o recaída de un episodio depresivo anterior que se estabilizó con tratamiento a un nivel de funcionamiento inferior al basal considerado con arreglo al GAF, síntomas residuales, o alteraciones neurocognitivas.	Derivados de A Primaria u otros servicios especializados.	Igual a estadio 3a pero con énfasis en la prevención de recaídas y estrategias para detectar síntomas de alarma tempranos.	Marcadores biológicos de estado, rasgo o progresión de la enfermedad.
3c	Depresión recurrente. Episodio actual moderado o grave	Múltiples recaídas siempre y cuando se objetive un empeoramiento en la extensión clínica y el impacto de la enfermedad.	Derivados de A Primaria u otros servicios especializados.	Igual a 3b pero con énfasis en la estabilización a largo plazo.	
4	Depresión recurrente. Episodio actual grave o Episodio depresivo grave	Enfermedad severa, persistente o que no alcanza la remisión con arreglo a los síntomas, situación neurocognitiva, y criterios de discapacidad. Un primer episodio podría pasar a este estadio desde el estadio 2 por criterios clínicos y funcionales específicos (por ejemplo síntomas psicóticos) o alternativamente por fracaso en la respuesta al tratamiento desde el estadio 3a.	Derivados de A Primaria u otros servicios especializados.	Igual a 3c pero con especial énfasis en tratamiento farmacológico y otros tratamientos biológicos.	

mejorar la respuesta terapéutica, reducir los cambios de medicación y, en suma, racionalizar el tratamiento<sup>44</sup>. Las recomendaciones terapéuticas pueden integrarse con los datos del estado clínico individual del paciente en determinados puntos críticos de decisión durante la fase aguda del tratamiento permitiendo diseñar programas de tratamiento individual<sup>45</sup>.

La mayoría de las guías categorizan las decisiones terapéuticas en función de la gravedad de la depresión del paciente. Para definir la severidad de la depresión usan los criterios de gravedad de la CIE10 o del DSM-IV-TR. Las guías de tratamiento de la APA (*American Psychiatric Association*)<sup>35</sup>, NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*)<sup>38</sup>, CANMAT (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*)<sup>37</sup> basan la medición de la gravedad en los criterios del DSM-IV. Las guías BAP (*British Association for Psychopharmacology*)<sup>36</sup> y WFSBP (*World Federation of Societies of Biological Psychiatry*)<sup>40-42</sup> lo hacen de acuerdo a los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV. La TMAP (*Texas Medication Algorithm Project*)<sup>39</sup> no distingue niveles de gravedad aunque recomienda medirla y proporciona, así mismo, un algoritmo independiente de tratamiento de la depresión psicótica.

Las guías básicamente coinciden en los tratamientos de primera línea para las depresiones moderadas o severas, aunque existe una mayor variabilidad en lo que se refiere al tratamiento de los casos de TDM de intensidad leve. No todas valoran las depresiones subsindrómicas o la distimia, pero las que lo hacen ofrecen recomendaciones similares<sup>43</sup>.

4. Determinación de situaciones susceptibles de un tratamiento combinado: farmacológico y psicoterapéutico  
El Proceso determina que el tratamiento combinado está indicado en aquellos casos en los que se identifica la existencia de factores de vulnerabilidad de orden psicológico susceptibles de modificación con psicoterapia y en los que se detectan factores psicológicos que influyen en el mantenimiento de los síntomas, la resistencia al tratamiento, la falta de adherencia terapéutica, y la discapacidad o afectación funcional. Se consideran factores psicológicos los rasgos disfuncionales de la personalidad, las situaciones de estrés grave, el patrón alterado de relaciones interpersonales y las situaciones de adversidad psicosocial importantes. Todos los casos derivados a psicología clínica, tanto para evaluación como para psicoterapia, se realizan siguiendo un modelo de interconsulta específico que será devuelto al peticionario con el informe correspondiente una vez finalizada la intervención.

La cartera de servicios de psicoterapia para el tratamiento de los trastornos depresivos incluye la psicoterapia de apoyo de tiempo limitado, la psicoterapia breve, la terapia cognitivo conductual individual, la terapia cognitivo conductual de grupo, la psicoterapia de grupo breve psicodinámica y otras técnicas grupales de escla-

recimiento y apoyo. Se trata en todos los casos de técnicas que han demostrado su efectividad con arreglo a los criterios de la medicina basada en la evidencia y que son factibles y para las que se dispone de profesionales entrenados en ellas.

En aquellos pacientes con el diagnóstico de episodio depresivo único, el proceso contempla la realización de un protocolo específico de "Primeros episodios depresivos" que comparte muchos aspectos comunes con el PCD general pero que básicamente se diferencia del mismo en la sistematización de la frecuencia de consultas a lo largo de la evolución, en el uso generalizado de instrumentos de medida y en un mayor grado de monitorización general.

En lo que respecta a la depresión recurrente, el algoritmo de seguimiento y tratamiento en el CSM es similar al de los episodios únicos, diferenciándose básicamente en el tiempo superior que los pacientes que han presentado episodios de intensidad moderada o grave permanecen tratados en los servicios de salud mental tras alcanzar la remisión completa.

En el caso de la Distimia y de otros trastornos depresivos recurrentes, los planes de tratamiento, así como la determinación de su ámbito de aplicación, vienen determinados fundamentalmente por la gravedad, y ésta definida en términos de repercusión funcional (Fig. 3).

## PROCESO DE DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

El subproceso de atención a pacientes depresivos en el ámbito de la hospitalización psiquiátrica comparte muchos aspectos comunes con el subproceso de Depresión en los Servicios ambulatorios, si bien el objetivo del primero se dirige fundamentalmente a la resolución y estabilización de aquellos episodios depresivos graves que precisan tratamiento en régimen de internamiento. El subproceso en la Unidad de Hospitalización incluye la realización de una evaluación general psiquiátrica estándar, una evaluación médica completa y una evaluación específica que, al igual que ocurre la atención ambulatoria, otorga una especial relevancia al modelo de atención basado en la utilización de instrumentos de medida (PHQ-9, CGI, HDRS, GAF, escala de riesgo de suicidio de Plutchik, escala de depresión resistente de Maudsley<sup>34</sup>) y al diagnóstico derivado del modelo de estadiaje clínico ya comentado.

Dado que la mayor parte de pacientes depresivos hospitalizados provienen derivados de los dispositivos ambulatorios, el PCD contempla el establecimiento de mecanismos de coordinación entre ambos niveles asistenciales para facilitar la trasmisión de información entre los profesionales durante el ingreso y al alta hospitalaria del paciente.

El plan de evaluación y tratamiento de los trastornos depresivos en la Unidad de Hospitalización se muestra en la Figura 4.

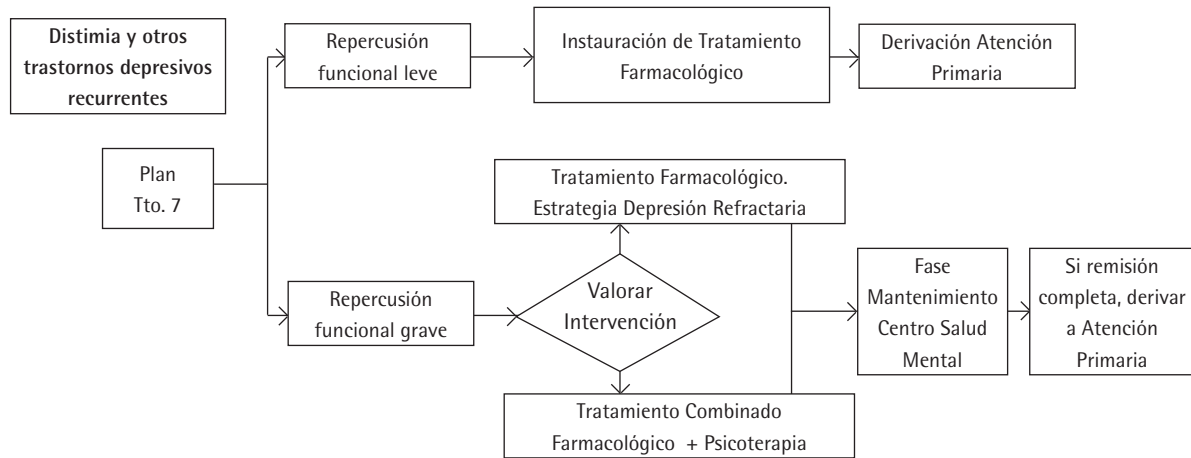


Figura 3 Plan de tratamiento de los trastornos distímicos en los Servicios de Psiquiatría ambulatorios

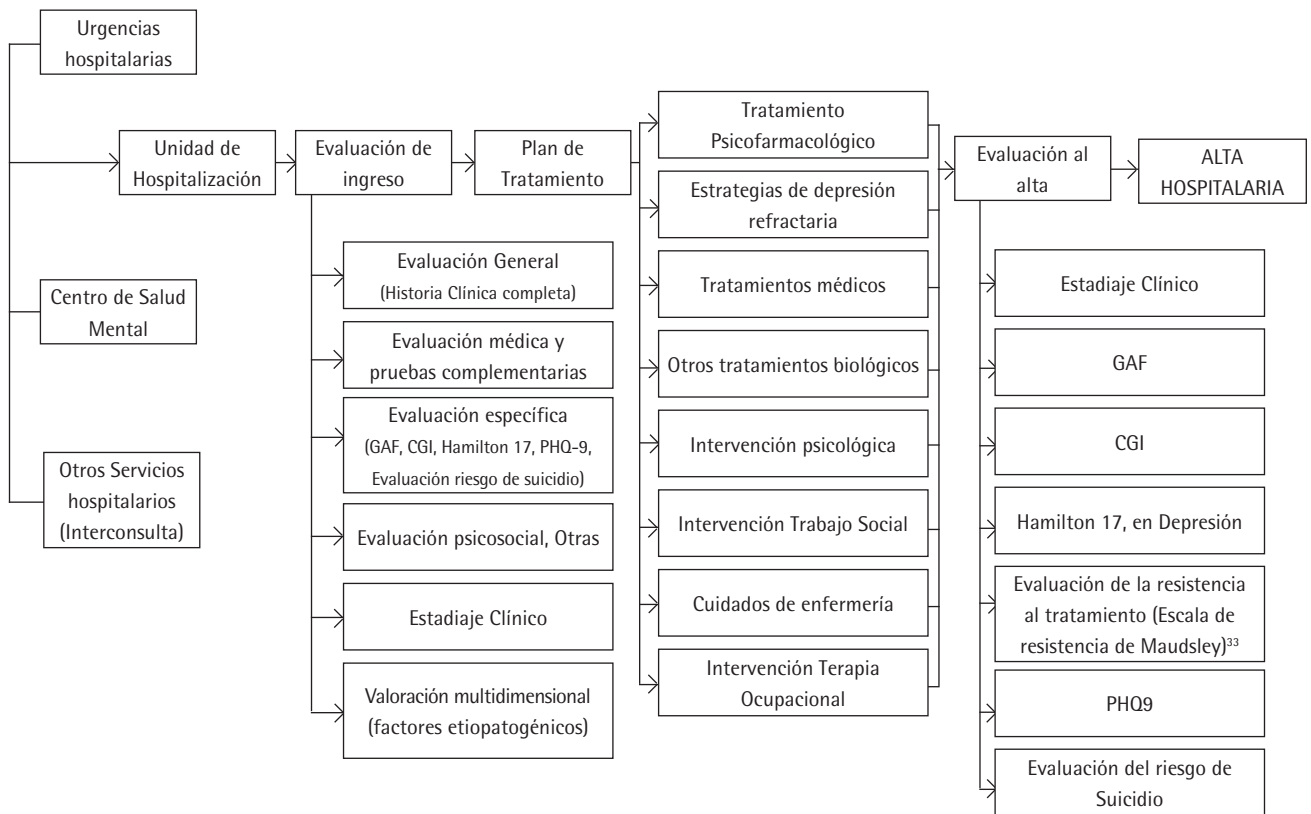


Figura 4 Evaluación y tratamiento de los trastornos depresivos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica



## BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related Health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
- Depression Guideline Panel. Depression in primary care, vol 2: treatment of major depression. Clinical practice guideline, nº 5. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
- Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med.* 1995;25(6):1171-80.
- Simon GE. Long-term prognosis of depression in primary care. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):439-45.
- Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, et al. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry.* 2000;159(9):1501-4.
- Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF, et al. The treatment of chronic depression, pt 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(11):608-19.
- Murphy JM, Monson RR, Olivier DC, et al. Affective disorders and mortality: a general population study. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44(5):473-80.
- Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord.* 1997;45(1-2):5-18.
- Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR\*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry.* 2006;163(1):28-40.
- Rush AJ, Trivedi JH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. *Am J Psychiatry.* 2006;163(11):1905-17.
- Frank E, Prien RF, Jarrett RB, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(9):851-5.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd ed. *Am J Psychiatry.* 2000;157(suppl 4):1-45.
- Gelenberg AJ. The search for knowledge: developing the American Psychiatric Association's practice guideline for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(10):1658-9.
- Gelenberg AJ. Using assessment tools to screen for, diagnose, and treat major depressive disorder in clinical practice. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(suppl E1):e01.
- Trivedi MH, Lin EH, Katon WJ. Consensus recommendations for improving adherence, self-management, and outcomes in patients with depression. *CNS Spectr.* 2007;12(suppl 13):1-27.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.
- Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville: National Institute Mental Health, 1976.
- Endicott J, Spitzer R, Fleiss J, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33:766-71.
- Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc).* 1999;112 (Supl 1):79-86.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23(1):56-62.
- Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry.* 2000;157(11):1873-5.
- Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry.* 1989;30(4):296-302.
- Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol.* 1998;61(2):143-52.
- Fava GA, Grandi S, Canestrari R, Molner G. Prodromal symptoms in primary major depressive disorder. *J Affect Disord.* 1990;19:149-52.
- Fava GA, Tossani E. Prodromal stage of major depression. *Early Intervent Psychiatry.* 2007;1:9-18.
- Fava GA, Kellner R. Stating: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand.* 1993;87:225-30.
- Billsbury CD, Richman A. A stating approach to measuring patient-centred subjective outcomes. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(suppl 414):5-40.
- McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust NZ J Psychiatry.* 2006;40:616-22.
- McGorry PD, Purcell R, Hickie IA, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Med J Australia.* 2007;187(suppl 7):S40-S42.
- Hetrick SE, Parker AG, Hickie IB, Purcell R, Yung AR, McGorry PD. Early identification and intervention in depressive disorders: towards a clinical staging model. *Psychother Psychosom.* 2008;77:263-70.
- Berlim M, Turecki T. Definition, assesment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods. *Can J Psychiatry.* 2007;52(1):6-54.
- Fekadu A, Wooderson S, Donaldson C, Markopoulou K, Masterson B, Poon L, et al. A multidimensional tool to quantify treatment resistance in depression: the Maudsley staging method. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(2):177-84.
- Fekadu A, Wooderson S, Markopoulou K, Cleare A. The Maudsley Staging Method for treatment-resistant depression: prediction of longer-term outcome and persistence of symptoms. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(7):952-7.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd ed. *Am J Psychiatry.* 2000;157(suppl 4):1-45.
- Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol.* 2008;22(4):343-96.
- Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, et al; for the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord.* 2009;117(suppl):S1-S2.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults. [www.nice.org.uk/CG90](http://www.nice.org.uk/CG90).
- Suehs BT, Argo TR, Bendele SD, et al. Texas medication algorithm

- project procedural manual: major depressive disorder algorithms. Austin, TX: Texas Department of State Health Services, 2008.
40. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, et al; for the World Federation of Societies of Biological Psychiatry Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, part 1: acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2002;3(1):5-43.
  41. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, et al; for the World Federation of Societies of Biological Psychiatry Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, part 2: maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions. *World J Biol Psychiatry* 2002;3(2):69-86.
  42. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, et al; for the World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(2):67-104.
  43. Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(suppl E1):e04.
  44. Nutt DJ, Davidson JR, Gelenberg AJ, Higuchi T, Kanba S, Karamustafahoglu O, et al. International consensus statement on major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(suppl E1):e08.
  45. Trivedi MH, Daly EJ. Measurement-based care for refractory depression: a clinical decision support model for clinical research and practice. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88(suppl 2):S61-S71.