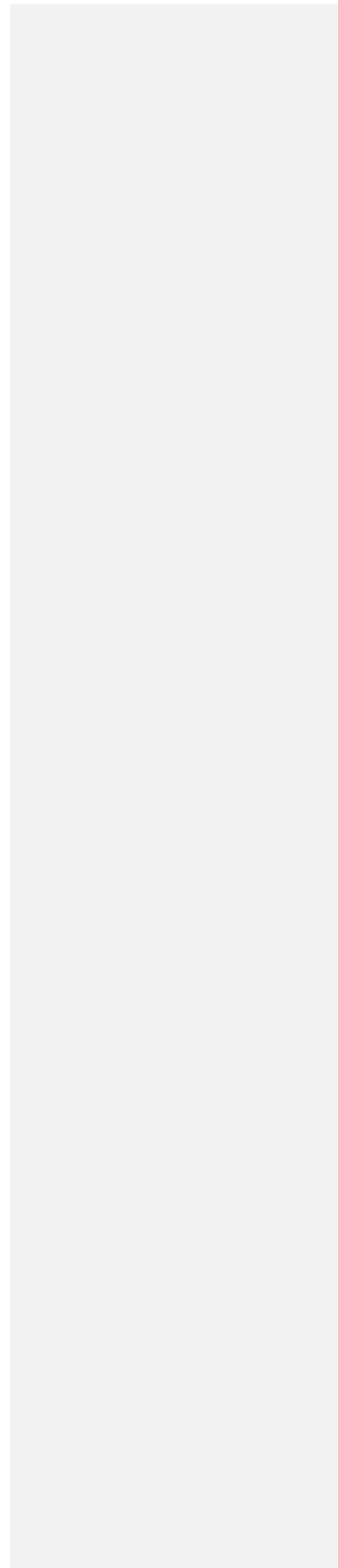


**Adaptació al model sanitari català de la
Guia de Pràctica Clínica sobre maneig
de la Depressió Major en l'adult**

Pla Director de Salut Mental i Addiccions
Direcció General de Planificació i Avaluació
Departament de Salut
Abril 2010



Autors i col·laboradors

DIRECCIÓ

Cristina Molina Parrilla

Pla Director de Salut Mental i Addiccions.

Elena Calvo Valencia

Gabinet Tècnic

Direcció General de Planificació i Avaluació

COORDINACIÓ TÈCNICA

Maria Jesus Pueyo Sánchez

Gabinet Tècnic

Direcció General de Planificació i Avaluació

AUTORS

Diego José Palao Vidal

Psiquiatra

Corporació Sanitària Parc Taulí

Victor Pérez

Psiquiatra

Hospital de Sant Pau

Enric Aragonés Benaiges

Metge de família

Centre d'Atenció Primària de Constantí

Institut Català de la Salut.

Grup de salut mental de la CAMFIC

Immaculada Jódar Ortega

Psicòloga Clínica

Fundació Privada Hospital de Mollet

COL-LABORADORS

Oriol Solà-Morales Serra

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca

Mèdiques

Index

I.	Presentació	5
II.	Aspectes organitzatius	
III.	Metodologia	
IV.	Definició i diagnòstic	7
	Diagnòstic diferencial amb trastorn bipolar	
V.	Recomanacions segons complexitat de la patologia	
	Cribratge de depressió	
	Diagnòstic de depressió major	
	Valoració del risc de suïcidi	
	Diagnòstic i tractament de la depressió lleu	
	Maneig de la depressió moderada-greu	
	Depressió greu amb comorbiditats i/o característiques especials	..
	Depressió greu amb risc vital, resistència al tractament ambulatori o incapacitat per l'autocura	
VI.	Indicadors d'implementació	
VII.	Annexos	..
	Annex 1: Criteris diagnòstics d'episodi depressiu segons CIM-10	
	Annex 2: Criteris de gravetat d'episodi depressiu segons CIM-10	..
	Annex 3: Criteris diagnòstics segons DSM-IV-TR	
	Annex 4: MINI-Interview	
	Annex 5: Diagnòstic diferencial amb trastorn bipolar	
	Annex 6: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	
	Annex 7: Escala d'avaluació de l'activitat global	
	Annex 8: Algoritme de decisió per la depressió lleu-moderada	
	Annex 9: Algoritme de decisió per la depressió greu i/o resistent	

I. PRESENTACIÓ

La depressió és un dels problemes de salut que suposa una major càrrega de morbiditat perquè s'associa a una alta prevalença i un elevat impacte sobre la qualitat de vida de les persones que la pateixen^{1,2}, impacte que, a més, s'estén a l'entorn familiar, social i laboral, i al sistema sanitari³. Segons l'estudi ESEMED⁴ a Espanya la prevalença poblacional de la depressió major en adults és del 10,6% al llarg de la vida i del 4% en els últims 12 mesos.

Segons dades de l'estudi "Cost i càrrega de la depressió a Catalunya (2006)"⁵ es calcula que la reducció de qualitat de vida associada a l'ansietat i la depressió autodeclarades a Catalunya és de 1859 Anys de Vida Ajustats per Qualitat (AVACS) / 100.000 habitants amb un total de 111 milions d' AVACS perduts al 2006. Els costos directes de la depressió a Catalunya suposen més de 156 milions d'euros (1,9% del pressupost públic de salut del 2006) dels quals quasi 41 milions estan relacionats amb l'atenció primària i aproximadament 102 són despesa farmacèutica.

A Europa, els metges de família són els professionals que més visiten les persones que pateixen problemes de salut mental⁶. Segons l'estudi DASMÀP⁷, el 71% de les persones que pateixen algun trastorn mental en els darrers 12 mesos realitzen el tractament exclusivament en serveis d'Atenció Primària, mentre que el 28,8% consulten també als serveis especialitzats de Salut Mental. La depressió major és el trastorn mental més freqüent entre els pacients d'atenció primària en el nostre entorn, amb xifres que oscil·len entre un 9,6% de prevalença als 12 mesos a Catalunya⁷ i un 14,3% en un estudi dut a terme en centres de Tarragona⁸. L'estudi DASMÀP també va posar de manifest que un 10,3% de les persones que acudien a Atenció Primària consultaven al metge de capçalera inicialment per un problema de salut mental. El 31,8% dels pacients havia patit algun *trastorn de l'estat d'ànim* al llarg de la vida i el 13,4% en els darrers dotze mesos.

Malgrat això, l'episodi depressiu no sempre és adequadament diagnosticat, tractat i seguit en l'atenció primària. Segons l'estudi de Tarragona el 72% dels pacients deprimits eren identificats pel seu metge, encara que aquesta relativament alta taxa de detecció no garantia un maneig terapèutic adequat: solament un 34% dels pacients deprimits rebien tractament amb antidepressius mentre que un percentatge superior (el 47%) rebia tractament amb ansiolítics i/o hipnòtics⁹. En atenció primària les taxes

d'incompliment o d'abandonament precoç de les prescripcions d'antidepressius són altes i, a més, el seguiment clínic de l'evolució del pacient deprimat una vegada instaurat el tractament, sovint és escàs i inadequat, de manera que es perd l'oportunitat de monitorar el compliment terapèutic i l'evolució clínica i d'implementar mesures per incrementar l'adherència al tractament o per ajustar o modificar tractaments ineficaços. Segons l'estudi DASMAP¹⁰, el percentatge de pacients depressius adequadament identificats i registrats va ser del 21%, tot i que fins el 55% rebien un tractament adequat d'acord amb les recomanacions de les guies clíniques. L'adequació del tractament estava associada a haver rebut almenys una visita amb l'especialista en salut mental. Per altra banda, el 27% dels casos diagnosticats amb trastorns depressius no havien rebut cap tractament amb psicofàrmacs.

Un aspecte rellevant i motiu de preocupació en atenció primària és el del sobre diagnòstic de la depressió^{11,12} i el possible ús excessiu i inadequat dels antidepressius i d'altres psicofàrmacs en molts pacients en situacions de malestar emocional o amb símptomes depressius amb poca repercussió

funcional, moltes vegades relacionats amb circumstàncies vitals adverses, però que no constitueixen condicions estrictament patològiques, que no compleixen els criteris diagnòstics i en les quals els beneficis d'una etiqueta diagnòstica i d'una intervenció terapèutica no estan clars. Per altra banda, una forma molt freqüent de presentació clínica de la depressió en atenció primària és la somatització: els pacients focalitzen les seves queixes en símptomes somàtics i no manifesten explícitament el malestar psicològic. En aquests pacients la detecció, la instauració i el seguiment d'un tractament antidepressiu i l'accés al nivell especialitzat és encara més difícil¹³.

La variabilitat en la pràctica clínica i l'augment de la investigació mèdica sobre les pràctiques efectives en el maneig i tractament dels pacients justifiquen la necessitat de

L'atenció primària és el nivell assistencial on s'atenen la majoria dels pacients amb depressió.

Una proporció significativa de pacients amb depressió no són identificats pel seu metge i la major part no reben un tractament adequat i efectiu.

Molts pacients amb malestar emocional reactiu a circumstàncies vitals adverses i sense repercussió funcional són classificats erròniament com a deprimits i, fins i tot, poden rebre inadequadament tractament farmacològic.

proposar eines d'ajuda a la decisió clínica com les guies de pràctica clínica basades en l'evidència. En aquest sentit, es presenta l'adaptació al sistema sanitari català de la "Guia de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto" (en endavant GPC), elaborada per l'Agència d'Avaluació galega Avalia-t dins del Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut i inclosa en el projecte GuiaSalud¹⁴.

El treball d'elaboració de la guia d'Avalia-t es va portar a terme durant els anys 2007-2008 per part d'un equip pluridisciplinari i amb revisió externa de professionals i societats científiques de les diferents disciplines implicades de tot l'estat. La Guia d'Avalia s'ha fet a partir de la revisió de guies de pràctica clínica sobre depressió en població adulta publicades entre els anys 2000 i 2007. Es va valorar la qualitat de les guies mitjançant l'instrument AGREE. En total es van revisar 14 guies, entre les quals la publicada pel NICE va ser la que va obtenir major puntuació de qualitat i la que es va fer servir de punt de partida. Les recomanacions grau A de la guia publicada pel NICE es van adoptar directament, i per les altres recomanacions es va actualitzar l'evidència fins al 2007. La graduació de les recomanacions s'ha fet seguint el sistema SIGN. En les recomanacions fetes a partir de consens del grup elaborador s'ha fet servir el "mètode de l'ús apropiat" o "mètode RAND/UCLA".

L'adaptació al nostre sistema sanitari s'ha fet per iniciativa del Pla director de Salut Mental i Addiccions del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, amb dos objectius definits: adaptar les recomanacions de la guia a l'estructura dels serveis assistencials catalans, i facilitar el desplegament del Programa de Cartera de Serveis de Salut Mental en Atenció Primària, un projecte prioritari del pla director¹⁵. L'estructura dels serveis implica l'existència de dispositius assistencials diferents que van des de l'atenció primària, al centre de salut mental ambulatori i l'atenció hospitalària. El Programa de Cartera de Serveis de salut mental a l'atenció primària suposa el desplegament d'equips de salut mental de suport a l'atenció primària en forma de consultories, visites individuals i compartides i realització d'activitats grupals. En aquest context les guies de pràctica clínica són un punt de partida per la implementació local de protocols de consulta i millora de la definició dels rols dels diferents professionals implicats en el procés assistencial de les persones amb trastorns mentals.

II. ASPECTES ORGANITZATIUS EN LA PRESTACIÓ DE SERVEIS EN EL MANEIG DE LA DEPRESSIÓ A CATALUNYA.

Tot i que en la GPC no es fan recomanacions respecte a l'organització dels serveis assistencials o de la prestació d'atenció clínica als pacients amb depressió, en aquesta adaptació de la guia al model sanitari català hem volgut introduir algunes referències a aquests aspectes.

En la introducció ens hem referit a les carències significatives que s'han constatat en la detecció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment dels pacients amb depressió i, en conseqüència, els resultats clínics que s'obtenen no són satisfactoris. Per reduir l'impacte de la depressió, en termes de salut pública, ha de superar-se la distància que hi ha entre la disponibilitat de mesures terapèutiques potencialment efectives i l'alta proporció de pacients deprimits que no es beneficien d'aquestes opcions¹⁶.

Per millorar el maneig de la depressió i per obtenir quotes d'efectivitat més altes i més pròximes a l'eficàcia potencial dels tractaments disponibles, s'han proposat algunes estratègies que inclouen canvis i millores en l'organització de la prestació de serveis en el maneig de la depressió.

Una de les estratègies proposades es "l'atenció esglaonada", que s'orienta a utilitzar els recursos de manera que es maximitzi la seva eficiència¹⁷. L'atenció esglaonada ofereix una atenció individualitzada d'acord amb l'estat clínic inicial i l'evolució del pacient. La intervenció professional s'estratifica en intensitat: inicialment es compta amb una intervenció professional menys intensa en el nivell de l'atenció primària. En aquells pacients en els que no s'aconsegueixen objectius acceptables la intervenció professional s'intensifica, incloent, si cal, la intervenció dels especialistes en salut mental al nivell assistencial més adequat. El tractament inicial i les opcions terapèutiques subsegüents se seleccionen d'acord amb un algoritme estratificat segons el progrés clínic del pacient. Les premisses fonamentals d'aquest model són el monitoratge clínic sistemàtic del pacient i la coordinació entre l'atenció primària i el nivell especialitzat. Aquest model ha estat utilitzat per ordenar i estructurar les recomanacions de la Guia

L'atenció esglaonada proposa una utilització eficient dels recursos d'acord amb l'estat clínic inicial i l'evolució del

NICE per al Maneig de la Depressió en Adults¹⁸ i, de manera similar, l'hem adoptat en aquesta guia.

Una limitació del model d'atenció esglaonada és que en una proporció significativa dels pacients amb depressió s'assoleixen millories parcials, però no la remissió total mantenint-se símptomes depressius persistents i una elevada tendència a les recaigudes i a la cronificació. Seguint estrictament el model, aquests pacients haurien d'arribar als esglaons més elevats d'intensitat de les intervencions, cosa que no és factible en molts casos ni, probablement, beneficiosa per molts dels pacients. Aquesta evolució més tòrpida està associada en molts casos a factors d'entorn social i familiar desfavorables i característiques de la personalitat de difícil abordatge clínic. En canvi, altres casos com els relacionats amb dèficits en l'aplicació adequada d'estratègies per a la depressió resistent, o els que són conseqüència d'una manca d'adherència al tractament de manteniment i de prevenció de recaigudes, si que es podrien beneficiar d'intervencions més intenses.

Atenent a les característiques específiques de la depressió, i especialment a l'altíssim risc de recurrència, hi ha una tendència creixent a considerar que, també en l'àmbit de l'atenció primària, la depressió hauria de ser abordada i tractada com una malaltia crònica. Hi ha evidència científica de que models complexos, que incideixen en diferents punts del procés assistencial, que integren i reforcen el paper de la infermeria d'atenció primària, i que s'adrecen especialment a la gran proporció de pacients atesos en atenció primària, són els que han demostrat ser més eficients en la millora del procés assistencial i dels conseqüents resultats clínics^{19, 20}.

Existeixen models de millora de l'atenció a la depressió en atenció primària que poden donar lloc a millors resultats clínics.

Tot i que l'evidència científica que avala aquests models d'atenció prové de sistemes sanitaris aliens, actualment s'està duent a terme un assaig clínic aleatoritzat amb l'objectiu de determinar si la implementació d'un model d'aquestes característiques en el nostre sistema sanitari²¹ —que inclou formació dels professionals, guia clínica, definició del paper d'infermeria, foment del compliment terapèutic, monitoratge clínic sistemàtic, psicoeducació dels pacients, millora de l'interfase entre AP i psiquiatria, etc.— pot donar lloc a millors resultats de salut en els pacients deprimits. Els resultats preliminars presentats suggereixen que el programa avaluat millora els resultats clínics de la depressió en atenció primària²².

Altres experiències d'àmbit europeu també s'estan portant a terme en el nostre entorn amb molt bons resultats, com és el Programa Europeu Contra la Depressió²³ desenvolupat a la Dreta de l'Eixample de Barcelona i a la ciutat de Sabadell. Està basat en intervencions multinivell que afegeixen a les accions descrites entre equips de primària i de salut mental, campanyes en població general, agents socials rellevants i intervencions específiques en grups de risc (p.e. pacients amb temptatives de suïcidi). L'objectiu final és la reducció de la mortalitat per suïcidi mitjançant la millora qualitativa en el tractament de la depressió, el trastorn mental més estretament associat. Aquesta iniciativa està considerada un exemple de bones pràctiques clíniques per la Unió Europea²⁴.

En aquest context, el Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya promou el desplegament del Programa de Cartera de Serveis de Salut Mental en l'atenció primària que està suposant una integració progressiva dels equips de primària i de salut mental. A partir d'un model bàsic de consultoria i enllaç amb l'AP, incorpora i fa més accessible als pacients amb depressió i altres problemes de salut mental més complexos, programes psicoeducatius i millores en la necessària continuïtat assistencial entre l'atenció primària, psiquiatres i/o psicòlegs que milloren l'adherència i els resultats finals.

III. METODOLOGIA

L'equip que ha fet l'adaptació està format per psiquiatres, metges de família, i tècnics del Departament de Salut amb el suport de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Els objectius de l'adaptació de la guia són incrementar la capacitat resolutiva de l'atenció primària, evitar la medicalització inadequada del malestar emocional, afavorir l'adequació de les intervencions terapèutiques en temps i intensitat, facilitar la coordinació entre diferents professionals i assegurar una atenció de qualitat de forma equitativa. Per aconseguir aquests objectius s'ha seguit el model d'atenció esglaonada proposat pel NICE¹⁸ que defineix de forma flexible els nivells d'intensitat de les intervencions en funció de la complexitat de la patologia i els principals actors implicats.

El format escollit per fer l'adaptació ha estat el d'un document breu, de fàcil consulta i organitzat per nivells de complexitat de la patologia. Amb aquesta intenció només s'han inclòs les recomanacions clau pels professionals d'atenció primària i

especialitzada implicats de la guia original. Els usuaris d'aquest document d'adaptació poden consultar la guia original d'Avalia¹⁴ on es troben resumits els articles revisats i la síntesi de l'evidència que sustenta les recomanacions fetes.

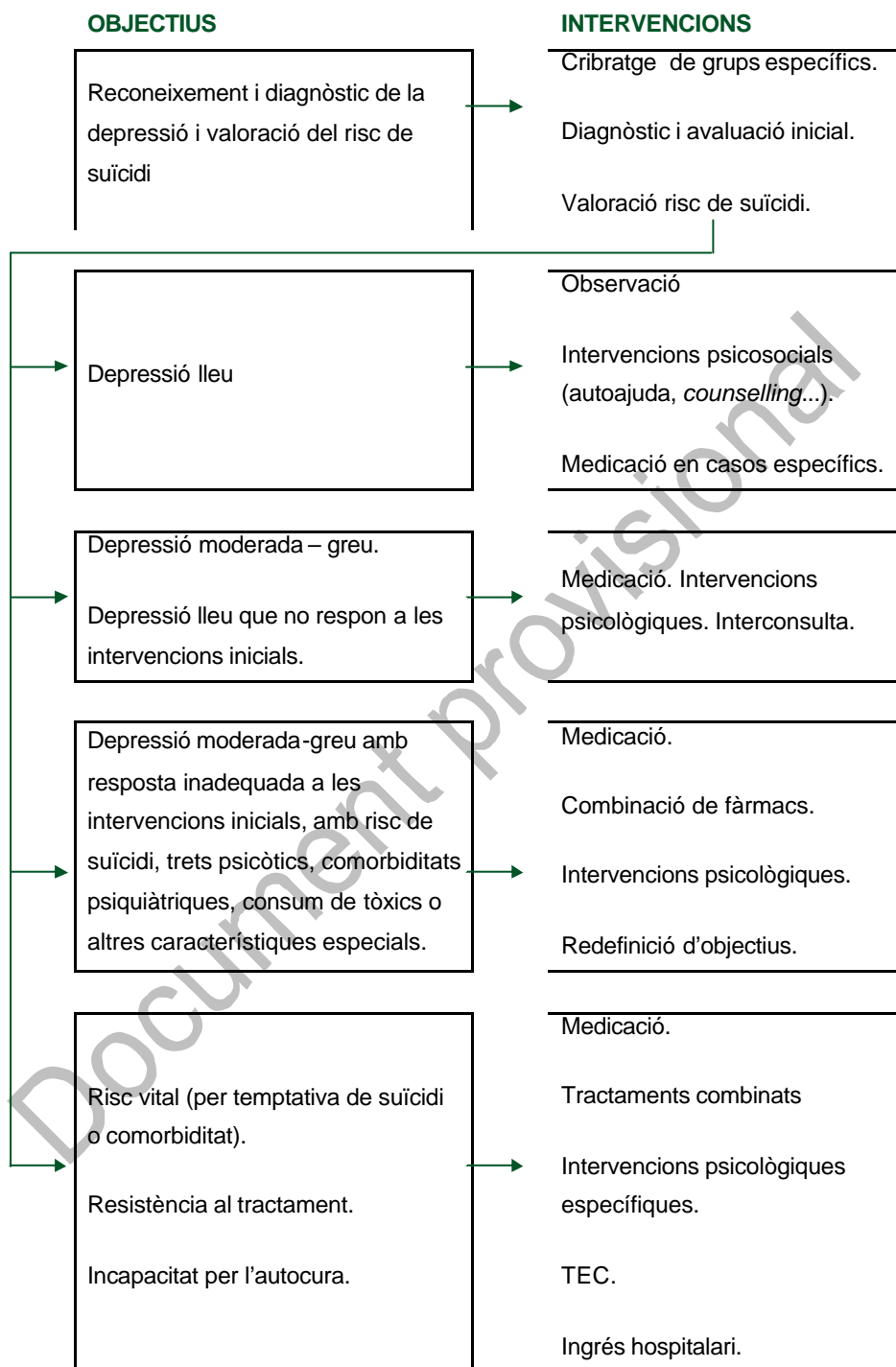
La metodologia escollida per a realitzar l'adaptació ha seguit diferents etapes:

A/ Primer s'han traduït les recomanacions de la guia original i s'ha mantingut la seva força segons el sistema SIGN que les classifica en grau A,B, C i recomanacions de consens que estan marcades amb el signe v

B/ S'ha fet una actualització de l'evidència publicada posteriorment a la revisió feta per Avalia per tal d'introduir modificacions en cas que l'evidència així ho indiqui. Els canvis introduïts en les recomanacions originals són mínims i estan convenientment explicats en el text amb notes a peu de pàgina.

C/ Les recomanacions de la GPC s'han organitzat segons un model d'atenció esglaonada on segons la gravetat i complexitat del trastorn depressiu es modula la intensitat de la intervenció. Per tal de facilitar la pràctica clínica s'han introduït en els annexos alguns instruments de cribatge i diagnòstic de la depressió i algorismes de maneig de la depressió.

D/ S'ha sotmès a revisió externa el document final per representants de les societats científiques de metges de família, psiquiatres, psicòlegs i infermeria per tal d'assegurar la seva comprensibilitat i factibilitat.



IV. DEFINICIÓ I DIAGNÒSTIC DE LA DEPRESSIÓ MAJOR

Descripció

La depressió major és una síndrome o agrupació de símptomes en la qual predominen els símptomes afectius (tristesa patològica, decaïment, irritabilitat, sensació subjectiva de malestar i impotència davant les exigències de la vida) encara que, en major o menor grau, també estan presents símptomes de tipus cognitiu, volitiu o fins i tot somàtic, per la qual cosa es podria parlar d'una afectació global de la vida psíquica, fent especial èmfasi en l'esfera afectiva. La base per distingir aquests canvis patològics de canvis ordinaris, ve donada per la persistència de la clínica, la seva gravetat, la presència d'altres símptomes i el grau de deteriorament funcional i social que l'acompanya.

La possibilitat diagnòstica d'un trastorn depressiu es pot plantejar a partir de dades observacionals poc específiques, com el deteriorament en l'aparença i en l'aspecte personal, alentiment psicomotor, to de veu baix, fàcies trista, plor fàcil o espontani, disminució de l'atenció, verbalització d'idees pessimistes, idees hipocondríiques, alteracions de la son i queixes somàtiques inespecífiques. El primer episodi d'una depressió major pot ocórrer en qualsevol moment i en alguns casos, en els mesos previs a la seva presentació, els pacients poden experimentar un conjunt de símptomes, com ansietat, fòbies, símptomes depressius lleus i atacs de pànic.

La tendència a la recurrència és molt freqüent en aquest trastorn per la qual cosa en tots els casos s'ha de continuar el tractament de l'episodi agut amb una fase de prevenció de recurrències. L'episodi depressiu greu en ocasions pot venir acompanyat de símptomes psicòtics, on a més dels criteris establerts per definir un episodi depressiu greu, apareixen idees delirants, al·lucinacions o estupor.

En atenció primària és freqüent que els pacients depressius manifestin solament símptomes somàtics i no expressin obertament el seu malestar psicològic.

El diagnòstic de la depressió es basa en l'entrevista clínica i no s'ha de limitar a un mer recompte de símptomes o a l'aplicació d'un qüestionari estàndard.

V RECOMANACIONS SEGONS COMPLEXITAT DE LA PATOLOGIA

A- Recomanacions generals:

- **Cribratge de la depressió**
- **Diagnòstic de l'episodi depressiu**
- **Valoració del risc de suïcidi.**

Cribratge de la depressió

- * S'ha de tenir en compte la possibilitat de patologia depressiva en persones amb factors de risc:
 - antecedents de depressió, v
 - malalties físiques discapacitants v
 - altres problemes de salut mental significatius.
- * De forma general no es recomana el cribratge de la depressió, ja que existeixen dubtes raonables sobre la seva efectivitat a l'hora de modificar el curs de la malaltia si no s'acompanya de mesures de seguiment. v
- * Els qüestionaris a utilitzar haurien d'incloure com a mínim dues preguntes referents a l'ànim i a la capacitat de gaudi de la persona. B

Es proposa utilitzar les preguntes de cribratge de depressió de la MINI-interview^{26,27}:

A.1 En el transcurs de les dues últimes setmanes, s'ha sentit particularment trist, decaigut/a, quasi tot el temps, al llarg del dia i això quasi tots els dies?

A.2 En el transcurs de les dues últimes setmanes, ha tingut, quasi tot el temps, el sentiment de no tenir ganes de res, d'haver perdut l'interès o el plaer en coses que habitualment li agradaven?

En cas de que el clínic avaluador que fa l'entrevista valori com a positives les respostes a alguna de les dues preguntes ha de fer-se la valoració del diagnòstic d'episodi depressiu amb una entrevista clínica completa.

Diagnòstic de l'episodi depressiu

El diagnòstic de la depressió major es basa en l'entrevista i l'observació clínica dels símptomes, de l'impacte funcional, de la durada, del context en que apareixen, de la interpretació i la vivència del propi pacient. El procés diagnòstic no ha de consistir en un simple recompte de símptomes o en l'aplicació d'una escala o un qüestionari estàndard.

Tanmateix, els criteris normalitzats per al diagnòstic de depressió major són útils per augmentar la fiabilitat diagnòstica interavaluador. Els més utilitzats, tant a la clínica com en els estudis d'investigació, són les classificacions CIM-10 i DSM-IV-TR.

La CIM-10 utilitza una llista de 10 símptomes depressius i divideix el quadre depressiu major, en lleu, moderat o greu (amb o sense símptomes psicòtics) (Annex 1 i 2). En qualsevol d'aquests casos sempre han de ser presents almenys dos dels tres símptomes considerats típics de la depressió: ànim depressiu, pèrdua d'interès i capacitat per gaudir i augment del cansament i l'episodi ha de durar almenys dues setmanes.

El DSM-IV-TR utilitza una llista de 9 símptomes depressius, requereix també una durada de l'episodi de com a mínim dues setmanes i divideix el quadre depressiu major en lleu, moderat o greu, amb codis específics per a la remissió parcial/total o no especificada. El diagnòstic s'estableix amb la presència d'un mínim de cinc dels símptomes, i ha de ser un d'ells un estat d'ànim depressiu o la pèrdua d'interès o de capacitat per al plaer (Annex 3).

Existeixen diversos instruments diagnòstics fiables, com l'entrevista de diagnòstic Mini International Neuropsychiatric Interview^{25,26} (Annex 4) que pot ajudar al clínic en Atenció Primària a realitzar el diagnòstic d'un episodi de Depressió Major d'acord amb els criteris de les classificacions internacionals (DSM-IV-TR i CIM-10). La MINI-interview és un instrument diagnòstic que precisa que el clínic que la utilitzi hagi adquirit uns coneixements bàsics en psicopatologia. Aquests coneixements, necessaris per l'avaluació clínica acurada dels símptomes emocionals i conductuals patològics, es podran compartir en el nou marc de relació més integrada entre primària i els equips de salut mental, que ha de suposar progressivament la Cartera de Serveis de Salut Mental en l'Atenció Primària.

En l'avaluació inicial del pacient deprimit es aconsella considerar la possibilitat d'un trastorn bipolar, perquè l'abordatge terapèutic serà diferent i caldrà comptar sistemàticament amb l'especialista en psiquiatria de referència. Davant de la sospita, cal interrogar per antecedents d'episodis d'estat d'ànim anormalment elevat (En l'Annex 5 figura l'entrevista autoadministrada i validada HCL-3 que pot ser d'utilitat)²⁷.

Cal considerar sempre que un episodi depressiu pot formar part d'un trastorn bipolar. El maneig terapèutic en aquest cas serà diferent i caldrà comptar amb la intervenció del psiquiatre.

Els instruments de cribatge i diagnòstic aportats aquí pretenen ser eines d'ajuda pel professional que atén el pacient i per la coordinació entre professionals. No es recomana la seva aplicació automàtica ni el diagnòstic basat en el simple recompte de criteris, sinó que han de ser utilitzades en el context de l'entrevista clínica i de la relació metge-pacient que inclou el coneixement que de la persona i de l'entorn té el professional d'atenció primària.

Valoració del risc de suïcidi

- * En tot pacient amb un trastorn depressiu major es recomana explorar les idees de mort i d'intenció autolítica. v
- * La història clínica d'un pacient amb depressió major haurà de recollir sempre els intents autolítics previs. v
- * En pacients amb alt risc de suïcidi es recomana un recolzament addicional freqüent i valorar la seva derivació urgent a l'especialista de salut mental v
- * S'haurà de considerar l'hospitalització en aquells pacients amb alt risc de suïcidi v

Donat el risc de suïcidi associat a la depressió, la valoració de risc de suïcidi és una responsabilitat de qualsevol professional sanitari sigui quin sigui el seu lloc d'activitat. L'avaluació de la ideació suïcida i del risc de suïcidi ha de basar-se en l'entrevista clínica. Sempre s'ha de preguntar als pacients amb depressió directament per idees o intenció suïcida i aconsellar als pacients i als cuidadors vigilar els canvis d'humor, negativisme, desesperança i idees suïcides, especialment en períodes de risc més alt: inici o canvi de medicació o situacions d'estrès personal. També cal preguntar sobre si

hi ha antecedents d'algun familiar suïcida o intents de suïcidi previs del propi pacient, ja que la presència d'aquests antecedents augmenta el risc significativament.

Factors de risc del suïcidi consumat²⁸:

- Temptatives de suïcidi i autolesions prèvies [OR=16.33; 95% CI=7.5-35.5]
- Depressió i trastorns afectius [OR=13.42; 95% CI=8.05-22-37]
- Trastorns per abús d'alcohol i/o d'altres tòxics [OR=5.24; 95% CI=3.3-8.3]
- Situació de convivència (viure sol, sense suport) [OR=2,1; 95% CI=1,5-2,9]
- Situació d'atur [OR=2.7; 95% CI=2-3.6]

Actuacions recomanades en el nostre entorn

organitzatiu: Si el pacient té un desig actiu de cometre suïcidi i no té capacitat d'autocontrol ni suports externs per la seva seguretat (p. ex. familiars) cal derivar urgentment, tenen cura dels aspectes de seguretat en el trasllat. Si el pacient té ideació suïcida sense plans actius, es tracta d'una situació que cal seguir d'a prop (p. ex. a les 48 hores) i comptar amb l'especialista en salut mental. Els pacients han de saber a qui poden recórrer en cas de crisi i com anar, si cal, a un servei d'urgències.

S'ha instaurar el tractament de la depressió però evitant medicació que pugui ser letal en sobredosi (tricíclics i IMAO). Si el pacient rep tractament amb benzodiazepines per l'ansietat, aquest hauria de ser administrat de forma supervisada per un familiar i prescrit setmanalment mentre el risc persisteixi.

Pot ser útil per a un cribatge estandarditzat del risc de suïcidi utilitzar la subescala corresponent de la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)^{25,27}, que facilita l'exploració actual (en el darrer mes) de d'idees de mort, plans de suïcidi i temptatives prèvies (en qualsevol moment) i permet quantificar el nivell de risc. En el marc del model organitzatiu de salut mental de Catalunya, la detecció d'un risc clínicament significatiu de suïcidi ha d' implicar la valoració i la intervenció de l'especialista en salut mental, amb el grau d'urgència que es derivi dels resultats de l'avaluació inicial.

En els pacients deprimits cal avaluar sempre el risc de suïcidi. La depressió és el trastorn mental associat amb més freqüència a la mort per suïcidi.

En el nostre entorn, la detecció de risc de suïcidi ha d' implicar la valoració i la intervenció de l'especialista en salut mental, amb el grau d'urgència que es derivi dels resultats de l'avaluació inicial.

D'acord amb els criteris de gravetat de la CIM-10, tots els casos d'episodi depressiu que inclouen entre els seus símptomes *pensaments recurrents de mort o suïcidi o qualsevol conducta suïcida* s'han de considerar com a mínim episodis depressius moderats o greus a efectes d'aplicació de les recomanacions d'aquesta GPC.

*Es proposa la valoració del risc de suïcidi mitjançant MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW Spanish Version 5.0.0 (agosto 1998)^{26,27}.
Adaptació al Català.*

Secció C: Risc de suïcidi

Durant l'últim mes:

C1	Ha pensat que seria millor morir-se o ha desitjat estar mort?	NO	SI	1
C2	Ha volgut fer -se mal?	NO	SI	2
C3	Ha pensat en el suïcidi?	NO	SI	3
C4	Ha planejat suïcidar-se?	NO	SI	4
C5	Ha intentat suïcidar-se?	NO	SI	5

Al llarg de la seva vida:

C6	Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?	NO	SI	6
----	--	----	----	---

Si a les preguntes anteriors hi ha 1 o més =SI, existeix risc de suïcidi:

C1 o C2 o C3 = SI,	LLEU
C4 o (C1+C3) = SI,	MODERAT
C5 o C6 o (C1+C4) = SI,	ALT RISC DE SUICIDI

B.- Depressió lleu

- **Diagnòstic de l'episodi depressiu**
- **Tractament de la depressió lleu**

El diagnòstic de l'episodi depressiu es realitza d'acord amb el procediment d'entrevista descrit a l'inici

Es recomana la utilització d'instruments d'avaluació (escales simptomàtiques o de qualitat de vida) dels resultats de les intervencions sempre que sigui possible. Seria difícil generalitzar l'ús d'un instrument comú que faciliti la utilització d'un indicador de resultat més específic de la depressió, encara que es poden fer servir diferents escales com l'Escala de depressió de Hamilton, l'escala de Beck (BDI), o l'escala PHQ-9. Aquest darrer té l'avantatge de ser un instrument senzill, breu, autoadministrat i amb una validesa com a eina de monitoratge de l'evolució de la depressió en atenció primària ben establerta^{29, 30}. L'escala es presenta a l'annex 6.

A més de la simptomatologia depressiva també es pot monitorar la de la repercussió funcional dels trastorns mentals amb l'Escala d'Avaluació de l'Activitat Global (EAAG) (Eix V del DSM-IV) (Annex 7). L'EAAG és un instrument senzill utilitzat habitualment en salut mental que no precisa coneixements específics de psicopatologia i que es podria utilitzar pels professionals de primària de forma regular. Té un rang entre 0 i 100 punts i està dividida en 10 nivells descrits segons la presència de símptomes psicològics i les repercussions funcionals associades. L'avaluador assenyala la puntuació (expressada com percentatge) que millor reflecteix l'activitat global del subjecte en el moment actual en relació a l'activitat psicosocial, social i laboral, exclouent

La utilització d'escales per al monitoratge sistemàtic de l'evolució d'un episodi depressiu pot ajudar a la presa de decisions sobre el maneig terapèutic.

L'objectiu del tractament de la depressió és la remissió completa i la prevenció de recurrències.

En una proporció significativa de pacients amb depressió no és possible assolir la remissió completa i cal identificar els factors associats en els que podem intervenir abans d'adaptar els objectius terapèutics i reduir les expectatives.

expressament les alteracions degudes a limitació física o ambiental (p.e. pacients amb símptomes psiquiàtrics greus que provoquin incapacitat funcional important, tindrien puntuacions inferiors al 50%). Aquesta informació és molt útil per a planejar el tractament, mesurar el seu impacte i poder fer seguiment dels resultats clínics de forma molt senzilla.

Tractament de la depressió lleu

Intervencions no farmacològiques

- * En la depressió lleu poden considerar-se altres estratègies terapèutiques abans que els fàrmacs antidepressius. **V**
 - * Es recomana citar en el termini màxim de 15 dies a qualsevol pacient amb depressió que no rebí tractament farmacològic. **V**
 - * En la depressió lleu i moderada, hauria de considerar-se el tractament psicològic breu específic (com la teràpia de solució de problemes, la teràpia cognitiu conductual breu o el *counselling*) de 6 a 8 sessions durant 10-12 setmanes. **B**
 - * En els pacients amb depressió lleu o moderada, els professionals podrien considerar la recomanació de programes d'autoajut guiat en base a teràpia cognitiu-conductual. **B**
 - * Als pacients amb depressió lleu-moderada se'ls hauria de recomanar programes d'exercici estructurat i supervisat, d'intensitat moderada, freqüència de 2-3 cops per setmana, durada de 40-45 minuts i per espai de 10 a 12 setmanes. **C**
- Quan és necessari el tractament farmacològic de la depressió lleu?*
- * Es recomana l'ús de fàrmacs en els pacients amb depressió lleu i:
 - antecedents d'episodis moderats o greus.
 - presència d'altres malalties mèdiques
 - comorbiditats associades**D**

Altres recomanacions

- * La participació en grups de suport no es considera una mesura eficaç de tractament, en solitari o combinada amb altres mesures terapèutiques, en pacients amb trastorn depressiu major. **v**

- * Les proves científiques existents no permeten recomanar la utilització de l'acupuntura com a tractament de la depressió major. **v**

- * No es recomana l'ús de l'herba de Sant Joan com una opció de tractament en els pacients amb depressió major. **B**

- * Els professionals sanitaris hauran d'informar als pacients que consumeixin herba de Sant Joan sobre els seus possibles riscos i beneficis. **v**

Document provisional

C. Maneig de la depressió moderada -greu

Algunes de les intervencions recomanades a continuació, sobre tot les psicoteràpies específiques, requereixen d'un nivell d'especialització considerable. Professionals (psiquiatres i/o psicòlegs) dels equips de salut mental podran desenvolupar-les en l'atenció primària en el marc de l'aplicació de la Cartera de Serveis de Salut Mental a l'atenció primària.

Intervencions psicològiques

- * Les intervencions psicològiques haurien de ser proporcionades per professionals amb experiència en el maneig de la depressió i experts en la teràpia aplicada. Això resulta especialment important en els casos més greus. **v**

- * El tractament psicològic d'elecció per a la depressió moderada, greu o resistent és la teràpia cognitiu-conductual (TCC). La teràpia interpersonal* (TIP) pot considerar-se una alternativa raonable. **B**
** La TIP en l'actualitat no està disponible en la cartera bàsica de serveis del Servei Català de la Salut.*

- * Per a la depressió moderada i greu, el tractament psicològic adequat hauria d'incloure de 16 a 20 sessions de TCC durant com a mínim cinc mesos. **B**

- * De forma general, en els pacients amb depressió major greu no estan recomanats programes d'autoajut guiat. **v**

- * La participació en grups de suport no es considera una mesura eficaç de tractament, en solitari o combinada amb altres mesures terapèutiques, en pacients amb trastorn depressiu major. **v**

Tractament farmacològic de la depressió moderada-greu

- * Els fàrmacs antidepressius representen un tractament de primera línia en la depressió moderada o greu **A**

 - * Es recomanen els Inhibidors Selectius de la Recaptació de serotonina (ISRS) com a fàrmacs de primera elecció en el tractament de la depressió major. **A**

 - * En cas de que un fàrmac ISRS no sigui ben tolerat degut a l'aparició d'efectes adversos, s'haurà de canviar per un altre fàrmac del mateix grup. **B**

 - * Als pacients que rebin tractament amb qualsevol antidepressiu tricíclic i no el tolerin se'ls haurà de prescriure un ISRS. **A**

 - * Els ADT són una alternativa als ISRS si el pacient no ha tolerat com a mínim dos fàrmacs d'aquest grup o és al·lèrgic. **v**

 - * Els nous fàrmacs* podrien fer-se servir en cas d'intolerància als ISRS, segons el perfil dels seus efectes adversos.
Nous fàrmacs: venlafaxina, duloxetina, bupropiòn, mirtazapina, trazodona, reboxetina, agomelatina* **v

 - * Perfils concrets de pacients podrien aconsellar diferents fàrmacs, guiant-se més pels efectes adversos que per la seva eficàcia. **B**
- Seguiment*
- * Tots els pacients que presentin una depressió major moderada i siguin tractats amb fàrmacs antidepressius hauran de ser valorats novament abans de 15 dies després de la instauració del tractament. **v**

 - * Tots els pacients que presentin una depressió major greu i siguin tractats ambulatoriament amb fàrmacs antidepressius hauran de ser valorats novament abans de 8 dies després de la instauració del tractament **v**

- * Abans d' iniciar un tractament antidepressiu, el professional sanitari haurà d'informar adequadament al pacient dels beneficis que s'esperen aconseguir, dels efectes secundaris freqüents, infreqüents i personalitzats que poguessin sorgir, tant a curt com a llarg termini i especialment de la durada del tractament. V

- * Es recomana informar especialment del possible retard de l'efecte terapèutic dels antidepressius. V

- * El seguiment dels pacients amb tractament farmacològic antidepressiu ha de ser estret, com a mínim durant les 4 primeres setmanes. V

Durada del tractament

- * El tractament farmacològic s'ha de mantenir en tots els pacients, com a mínim durant 6 mesos després de la remissió(†) A

- * En pacients amb algun episodi previ o presència de símptomes residuals, el tractament ha de mantenir-se com a mínim 12 mesos després de la remissió* B

- * En pacients amb més de 2 episodis previs, el tractament ha de mantenir-se com a mínim durant 24 mesos després de la remissió* V

- * La dosi del fàrmac emprat durant la fase de manteniment ha de ser similar a aquella amb la qual es va aconseguir la remissió*. B

* **Remissió completa** : període de temps en el que el pacient està asimptomàtic. Com criteris operatius es fa servir HAM-D 17 menor de 7, BDI menor de 8, PHQ-9 menor a 5, i durada inferior a 6 mesos.

Remissió parcial: període en el que s'observa una millora important però persisteixen símptomes.

Resposta al tractament: disminució igual o superior al 50% en la puntuació de la depressió mesurada per escales estandarditzades. Si la reducció és entre el 25 i el 49% es tracta d'una resposta parcial. Si és menor del 25% no hi ha resposta.

D. Depressió greu amb comorbiditats de salut mental i/o característiques especials. Depressió moderada o greu, amb risc o temptatives de suïcidi, trets psicòtics, comorbiditats, consum de tòxics o altres característiques especials com la resistència al tractament.

En els casos de depressió amb aquests factors de risc i/o complexitat es recomana la intervenció dels professionals de l'equip del CSMA, inicialment del psiquiatra, que requerirà d'una història detallada dels tractaments anteriors.

La resistència al tractament farmacològic es considera quan l'episodi depressiu ha estat tractat amb dos fàrmacs diferents, en temps i amb dosi adequats, i no s'ha aconseguit remissió completa.

L'objectiu del tractament de la depressió és la remissió, però malgrat les diverses estratègies proposades per al maneig de la resposta inadequada al tractament i per la depressió resistent, una proporció rellevant de pacients presenten millories parcials i persisteixen símptomes residuals que es cronifiquen. En aquests casos cal redefinir els objectius terapèutics prioritzant el manteniment de la millora i la consecució d'un nivell funcional òptim d'acord amb les característiques clíniques del cas en el camp personal, social i familiar.

Resistència al tractament farmacològic

* Davant d'un pacient que no millora amb el tractament farmacològic inicial per a la depressió, es recomana:

- Revisar el diagnòstic de trastorn depressiu.
- Verificar el compliment del tractament.
- Confirmar que l'administració de l'antidepressiu sigui en temps i dosificació adequats.

v

* Si a la tercera-quarta setmana el pacient no millora, es podria seguir qualsevol de les següents estratègies:

- Canviar d'antidepressiu a qualsevol família, inclús un altre serotoninèrgic.

B

- Potenciar el tractament iniciat, amb liti o antipsicòtics atípics[†] amb evidència demostrada como quetiapina o aripiprazol
 - Combinar antidepressius.
- * No es recomana incrementar la dosi de ISRS, per sobre de la dosi màxima recomanada, si després de tres setmanes de tractament no s'obté resposta **B**
- * L'associació d' ISRS amb mirtazapina, mianserina o bupropion[‡] podria ser també una opció recomanable, però tenint en compte la possibilitat de majors efectes adversos. **C**
- * No es disposa de suficient informació per poder recomanar l'augment de dosis d'antidepressius tricíclics en no responedors. **B**
- * En cas de resistència a diversos tractaments amb les pautes referides prèviament, valorar la utilització d'IMAO. **v**
- * No existeixen dades suficients per recomanar la potenciació amb valproat, carbamacepina, lamotrigina, gabapentina o topiramata, pindolol, benzodiacepines, buspirona o metilfenidat. **v**
- Intervencions psicològiques*
- * Les intervencions psicològiques haurien de ser proporcionades **v**

[†] Els antipsicòtics atípics encara que no tenen la indicació aprovada per depressió, han mostrat eficàcia en diferents assaigs clínics. En cas d'utilització d'aquests fàrmacs, cal garantir el compliment del RD 1015/2009, de 19 de juny, pel que es regula la disponibilitat dels medicaments en situacions especials. L'actualització de la Guia de Depressió del NICE del 2009 recomana el seu ús en depressions greus.

[‡] La combinació de ISRS amb Bupropion és una de les tècniques més utilitzada en el tractament de la depressió resistent. Diversos estudis incloent-hi un metanàlisi confirmen la seva utilitat. En l'estudi més important dels realitzats en depressió resistent a tractament amb ISRS (STAR*D) és l'estratègia de combinació que més eficàcia demostra. Veure referències bibliogràfiques:

- DeBattista C, Solvason HB, Poirier J, Kendrick E, Schatzberg AF. A prospective trial of bupropion SR augmentation of partial and non-responders to serotonergic antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2003;23(1):27-30.
- Papakostas GI, Fava M, Thase ME. Treatment of SSRI-resistant depression: a meta-analysis comparing within- versus across-class switches. *Biol Psychiatry.* 2008 1;63(7):699-704.
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Stewart JW, Nierenberg AA, Thase ME, Ritz L, Biggs MM, Warden D, Luther JF, Shores -Wilson K, Niederehe G, Fava M; STAR*D Study Team. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med.* 2006 23;354(12):1231-42.

per professionals amb experiència en el maneig de la depressió i experts en la teràpia aplicada. Això resulta especialment important en els casos més greus.

- * El tractament psicològic d'elecció per a la depressió moderada, greu o resistent és la teràpia cognitiu-conductual (TCC). La teràpia interpersonal* pot considerar-se una alternativa raonable. **B**
** La teràpia interpersonal en l'actualitat no està disponible en la cartera de serveis bàsica del CatSalut)*
- * Per a la depressió moderada i greu, el tractament psicològic adequat hauria d'incloure de 16 a 20 sessions de TCC durant com a mínim cinc mesos. **B**
- * La teràpia cognitiu-conductual hauria d'oferir-se als pacients amb depressió moderada o greu que rebutgin el tractament farmacològic o pels qui evitar efectes secundaris dels antidepressius constitueixi una prioritat clínica o expressin aquesta preferència personal. **B**
- * Hauria de considerar-se la teràpia cognitiu-conductual pels pacients que no han tingut una resposta adequada a altres intervencions o que tinguin una història prèvia de recaigudes i símptomes residuals malgrat el tractament. **B**
- * La teràpia cognitiu-conductual hauria de considerar-se pels pacients amb depressió recurrent que han recaigut, malgrat el tractament antidepressiu, o que expressin una preferència pel tractament psicològic. **B**
- * Quan s'apliqui la teràpia cognitiu-conductual en els pacients més greus, hauran de tenir-se en compte de forma prioritària les tècniques basades en l'activació conductual. **C**
- * Pels pacients amb depressió resistent al tractament **A**

farmacològic i/o amb molts episodis de recurrència, s'hauria d'oferir una combinació d'antidepressius i teràpia cognitiu-conductual.

- * Als pacients amb depressió crònica se'ls hauria d'oferir una combinació de teràpia cognitiu-conductual i medicació antidepressiva. **A**
- * La teràpia de parella s'haurà de considerar, quan la simptomatologia estigui relacionada amb problemes de parella, en cas de no obtenir una resposta adequada amb una intervenció individual prèvia. **B**
- * Altres intervencions psicològiques diferents a les anteriors podrien resultar útils en l'abordatge de la comorbiditat o de la complexitat de les relacions familiars associades freqüentment al trastorn depressiu. **C**
- * De forma general, en els pacients amb depressió major greu no està recomanada l'autoajuda guiada. **v**
- * Malgrat això, en els pacients amb depressió lleu o moderada, els professionals podrien considerar la recomanació de programes d'autoajut guiat en base a teràpia cognitiu-conductual. **B**
- * La participació en grups de suport no es considera una mesura eficaç de tractament, en solitari o combinada amb altres mesures terapèutiques, en pacients amb transtorn depressiu major. **v**

E. Depressió major greu amb:

- **Risc vital (per temptativa de suïcidi o comorbiditat)**
- **Resistència al tractament ambulatori**
- **Incapacitat per l'autocura**

Els casos amb depressió resistent al tractament ambulatori especialitzat i amb situacions especials de risc pel pacient el tractament s'ha d'implementar en situació d'ingrés en una unitat de psiquiatria d'aguts. Els pacients que requereix una valoració mèdica urgent, els que presenten comorbiditat mèdica o psiquiàtrica, alteracions de conducta greus, alt risc de suïcidi, trastorns neuropsiquiàtrics aguts, múltiples patologies associades a l'edat –pacient psicogeriàtric-, amb freqüència requereixen intervencions intenses i urgents que s'han d'implementar en condicions segures i amb el suport d'altres especialistes en les unitats d'aguts dels hospitals.

Teràpia electroconvulsiva

- * La teràpia electroconvulsiva hauria de considerar-se com una alternativa terapèutica en pacients amb depressió major greu de l'adult. **A**
- * La TEC està especialment indicada en pacients amb depressió major greu –amb alt risc de suïcidi o deteriorament físic greu- en la depressió resistent i per elecció informada del pacient **V**

Pacients amb temptatives de suïcidi atesos als serveis d'urgències dels hospitals generals.^{31, 32, 33}

L'OMS considera una bona pràctica clínica per als pacients amb temptatives de suïcidi que reben l'alta d'urgències, realitzar sistemàticament un contacte i una intervenció preferent breu (visita preferent post-alta) que ha d'incloure com a mínim una re-avaluació diferida del risc i una intervenció informativa. Igualment és convenient realitzar un seguiment telefònic protocolitzat (gestió de casos) fins a 12-18 mesos post-alta, excepte en els casos exclosos a partir de la re-avaluació.

Si el pacient amb temptativa es diagnostica de depressió, l'episodi passa a ser considerat moderat-greu i ha de ser consultat amb un especialista.

Les temptatives de suïcidi i autolesions són el factor de risc més important associat a la mort per suïcidi

VI. INDICADORS D'IMPLEMENTACIÓ de l'adaptació de la Guia de Maneig de la Depressió Major en adults

1.- Indicador de prevalença:

Població atesa a l'atenció primària (AP) amb diagnòstic de depressió major (F32, F33)

Adults:

- **Numerador:** Nombre total de persones de 18 i més anys ateses durant el darrer any a l'AP amb diagnòstic de F32, F33.
- **Denominador:** Nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any a l'AP

2.- Indicador d'incidència:

Població atesa a l'AP amb diagnòstic nou de depressió (F32, F33)

Adults:

- **Numerador:** Nombre total de persones de 18 i més anys ateses durant el darrer any a l'AP amb diagnòstic nou de depressió (F32, F33).
- **Denominador:** Nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any a l'AP

3.- Indicador de qualitat

Població atesa a l'AP amb depressió en tractament amb antidepressius ISRS

- **Numerador:** Nombre de persones de 18 i més anys ateses el darrer any a l'AP i amb diagnòstic de depressió (F32, F33) que han rebut tractament antidepressiu amb ISRS durant el darrer any
- **Denominador:** Nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any a l'AP amb diagnòstic de depressió (F32, F33)

6.- Indicador de procés

Població amb depressió atesa pel psicòleg a l'AP amb teràpia individual i/o grupal

- **Numerador:** Nombre de persones de 18 i més anys amb diagnòstic de depressió (F32, F33) ateses pel psicòleg a l'AP durant el darrer any amb teràpia individual i/o grupal
- **Denominador:** Nombre total de persones de 18 i més anys amb diagnòstic de depressió (F32, F33) ateses el darrer any a l'AP

8.- Indicador de resultat

Valoració de l'atenció a pacients afectes de depressió

- **Numerador:** percentatge de pacients amb diagnòstic de depressió (F32, F33) que tenen un EAAG superior a 50% valorat en els últims 12 mesos.
- **Denominador:** percentatge de pacients amb diagnòstic de depressió (F32, F33) i amb valoració de l'EAAG en els últims 12 mesos

Pendiente de valorar

- SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS: PACIENTES QUE REALIZAN UN CONTACTO AL MES DE LA PRESCRIPCIÓN (Si se puede conocer los datos serian muy interesante).
- MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON ANTIDEPRESIVOS DURANTE 6 MESES (si se puede obtener el dato seria muy interesante)

Con formato: Sangría: Izquierda: 1,27 cm, Sin viñetas ni numeración

Con formato: Sin viñetas ni numeración

Con formato: Párrafode lista, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

Con formato: Fuente: 11 pto, Negrita, Color de fuente: Rojo

ANNEX 1

criteris diagnòstics d'episodi depressiu segons CIM-10

A – L'episodi depressiu ha de durar almenys dues setmanes.

B- L'episodi no és atribuïble a l'abús de substàncies psicoactives (alcohol o drogues) ni a un trastorn endocrí, ni a un tractament farmacològic, ni a d'altres trastorns mentals orgànics.

C – Síndrome somàtica

- Pèrdua marcada d'interès o pèrdua de la capacitat de gaudir d'activitats que anteriorment eren plaents.
- Absència de reaccions emocionals enfront d'esdeveniments que habitualment provoquen una resposta
- Despertar-se al matí 2 o més hores abans de l'habitual
- Empitjorament matutí de l'humor depressiu
- Presència d'alentiment motriu o agitació
- Pèrdua marcada de la gana
- Pèrdua de pes com a mínim d'un 5% en l'últim mes
- Notable disminució de l'interès sexual

Han d'estar presents dos dels tres símptomes típics de la depressió: ànim depressiu, pèrdua d'interès i augment de la fatiga a més d'una durada superior a dues setmanes

ANNEX 2. Criteris de gravetat d'episodi depressiu segons CIM-10

A – Criteris generals

- L'episodi depressiu ha de durar almenys dues setmanes.
- L'episodi no és atribuïble a l'abús de substàncies psicoactives (alcohol o drogues) ni a un trastorn endocrí, ni a un tractament farmacològic, ni a d'altres trastorns mentals orgànics.

B- Presència de com a mínim dos dels símptomes següents:

- Humor depressiu d'un caràcter clarament anormal per a l'individu, present durant la major part del dia i quasi tots els dies, que es modifica poc per les circumstàncies ambientals i persisteix almenys dues setmanes.
- Pèrdua marcada d'interès o pèrdua de la capacitat de gaudir d'activitats que anteriorment eren plaents.
- Manca de vitalitat o augment de la fatiga.

C - Presència d'un o més símptomes i suma total d'un mínim de 4:

- Pèrdua de confiança i d'autoestima, i manifestació de sentiments d'inferioritat.
- Sentiments de culpabilitat excessius o inadequats.
- Idees recurrents de mort o de suïcidi o qualsevol conducta suïcida.
- Queixes o disminució de la capacitat de concentració i de pensar, acompanyades de manca de decisió i vacil·lació.
- Canvis en l'activitat psicomotriu, amb agitació o inhibició.
- Alteracions del son de qualsevol tipus.
- Canvi de la gana amb la corresponent modificació del pes.

D – Pot haver o no síndrome somàtica

Episodi **depressiu lleu**: 2 o 3 símptomes del grup B. La persona és apta per continuar les seves activitats.

Episodi **depressiu moderat**: quan es presenten dos símptomes del grup B i criteris del grup C fins a un total de 6 símptomes. El pacient probablement tindrà problemes per continuar la seva activitat habitual

Episodi **depressiu greu**: quan es presenten tots els símptomes del grup B i símptomes del grup C fins a un total de 8 símptomes. Cal valorar la possibilitat d'idees suïcides i símptomes psicòtics

ANNEX 3. Criteris Diagnòstics DSM-IV-TR

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar: Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

ANNEX 4

MÒDUL DIAGNÒSTIC EPISODI DEPRESSIU MINI-Interview^{26,27}

Con formato: Color de fuente: Color personalizado(RGB(0:84:38)), Superíndice

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto casi todos los días?	NO	SI	1
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer en cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI	2
¿ A1 Q A2 SE HAN CODIFICADO SI ?		NO	SI	
A3	En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se sentía decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas: CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS			
a	¿Se modificó su apetito notablemente, o ganó o perdió peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó para una persona de 65 Kgr)?	NO	SI	3
b	¿Casi todas las noches, tenía problemas de sueño (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo) ?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se sentía agitado(a) y tenía dificultades para permanecer quieto?	NO	SI	5
d	¿ Casi todos los días, se sentía fatigado(a), sin energía?	NO	SI	6
e	¿ Casi todos los días, se sentía sin valor o culpable?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿Tuvo en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?	NO	SI	9
A4	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A3 ? (o 4 si A1 Q A2 SE HAN CODIFICADO NO)	SI EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL		

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO MAJOR ACTUAL:			
A5	¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?	NO	SI 10
b	¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?	NO	SI 11
¿ A5b SE HA CODIFICADO SI ?		SI EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO	

Document provisional

ANNEX 5.

Diagnòstic de les depressions bipolars³⁴

La depressió bipolar és un subtipus de depressió de gravetat variable però que es caracteritza per estar precedida en algun moment de la història del pacient per un episodi maníac o hipomaniac. El tractament de la depressió bipolar és molt diferent del de la depressió unipolar i l'ús indiscriminat d'antidepressius en monoteràpia podria empitjorar el curs d'un pacient bipolar. Com el diagnòstic retrospectiu de la mania, i especialment el de la hipomania, és força difícil, es recomana l'ús d'un instrument de screening en tots els pacients diagnosticats de depressió. Els 2 instruments més utilitzats són el MDQ i l'HCL-32. Com l'HCL-32 té millor sensibilitat en atenció primària, aquesta seria l'eina d'elecció. El qüestionari és autoaplicat i una puntuació igual o superior a 14 punts és indicativa d'una possible depressió bipolar, i per tant de derivació a l'especialista.

HYPOMANIA CHECKLIST (HCL-32)

Spanish Version

En diferentes momentos de la vida se experimentan cambios o fluctuaciones de energía, actividad y estado de ánimo (altibajos). El objetivo de este cuestionario es evaluar las características de los períodos de estado de ánimo elevado.

1) En primer lugar, indique cómo se encuentra hoy en comparación con su estado habitual:

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Mucho peor que de costumbre	Peor que de costumbre	Un poco peor que de costumbre	Ni mejor ni peor que de costumbre	Un poco mejor que de costumbre	Mejor que de costumbre	Mucho mejor que de costumbre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Comparado con otras personas, ¿cómo se siente usted habitualmente?.

Independientemente de cómo se encuentra hoy, por favor, indiquenos cómo se siente usted normalmente en comparación con otras personas marcando cuál de las afirmaciones siguientes le describen mejor.

En comparación con otras personas mi nivel de actividad, energía y estado de ánimo...

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

... es siempre bastante estable y equilibrado	... es generalmente superior	... es generalmente inferior	... repetidamente muestra altibajos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Por favor, trate de recordar un período en el que usted estuviera en un estado de ánimo elevado. ¿Cómo se sintió entonces? Por favor, conteste todas estas afirmaciones independientemente de su estado actual.

En ese estado:

	SI	NO
1. Necesito dormir menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento con más energía y más activo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento más seguro/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disfruto más de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Soy más sociable (hago más llamadas telefónicas, salgo más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quiero viajar y viajo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Suelo conducir más rápido o de forma más arriesgada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gasto más/demasiado dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me arriesgo más en mi vida diaria (en mi trabajo y/u otras actividades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Físicamente estoy más activo/a (deporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planeo más actividades o proyectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tengo más ideas, soy más creativo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Soy menos tímido/a o inhibido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Llevo ropa / maquillaje más llamativo y extravagante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quiero quedar y, de hecho, quedo con más gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Estoy más interesado/a en el sexo y/o tengo un mayor deseo sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Flirteo más y/o soy más activo/a sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hablo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Pienso más deprisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bromeo más o hago más juegos de palabras cuando hablo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me distraigo más fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me embarco en muchas cosas nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mis pensamientos saltan de un tema a otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hago las cosas más rápidamente y/o más fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Estoy más impaciente y/o me irrito más fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Puedo ser agotador/a o irritante para los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Me meto en más broncas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Mi estado de ánimo es más elevado, más optimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Tomo más café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Fumo más cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Bebo más alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tomo más fármacos (tranquilizantes, ansiolíticos, estimulantes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Las preguntas anteriores, que caracterizan un período de estado de ánimo elevado, ¿describen cómo es usted...

- ... algunas veces? **→** Si marca esta casilla, por favor, responda a todas las preguntas de la 5 a la 9.
- ... la mayor parte del tiempo? **→** Si marca esta casilla, por favor, responda sólo a las preguntas 5 y 6.
- ... nunca he experimentado un estado de ánimo elevado de este tipo. **→** Si marca esta casilla, por favor, no continúe respondiendo al cuestionario.

5) Consecuencias de sus períodos de euforia en varios aspectos de su vida:

	Positivas y negativas	Positivas	Negativas	Sin consecuencias
Vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Reacciones y comentarios de otras personas acerca de sus estados de ánimo elevado.

¿Cómo fueron las reacciones o comentarios de las personas cercanas a usted sobre sus períodos de estado de ánimo elevado?

- (Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)
- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Positivas
(animando o apoyando) | Neutras | Negativas
(preocupación, molestia,
irritación, crítica) | Positivas y negativas | Ninguna reacción |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7) La duración de sus períodos de estado de ánimo elevado por norma general (por término medio) es de...

- 1 día Más de una semana
- 2-3 días Más de un mes
- 4-7 días No sabría valorarla / no lo sé

8) ¿En los últimos 12 meses ha experimentado un período de estado de ánimo elevado?

- Sí No

9) En caso afirmativo, por favor, estime cuántos días pasó con el estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses

En conjunto: unos días

HYPOMANIA CHECKLIST (HCL-32)

INSTRUCCIONS

The Hypomania Checklist és un instrument específic i sensible que requereix condicions estandard d'aplicació. És un qüestionari autoadministrat que contesten directament els pacients. Les instruccions que s'han de donar són:

“... lea detenidamente y con atención cada una de las preguntas que encontrará en esta hoja y conteste a cada una de ellas señalando la respuesta que usted considere más adecuada en cada caso. No deje ninguna pregunta sin contestar.”

Es recomanable assegurar-se de que el pacient ha entès les instruccions i que pot omplir el qüestionari amb intimitat i confort. El període simptomàtic considerat ha de ser com a mínim d'una setmana, d'acord amb els criteris per a episodis maníacs del DSM-IV-TR).

PUNTUACIÓ

El total s'obté sumant les respostes afirmatives a l'escala de 32 símptomes inclosos en l'ítem 3 del qüestionari. Si la puntuació total és de **14 o més respostes afirmatives** és necessari descartar un trastorn bipolar.

L'anàlisi factorial revela 2 factors pels quals es pot obtenir la puntuació de cada pacient, a més de la global.

- Factor 1: Síntomes hipomaniacs relacionats amb l'energia-activitat.
Suma de les respostes afirmatives als símptomes 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 24 y 28 (ítem 3).
- Factor 2: Síntomes hipomaniacs relacionats amb desinhibició, autocontrol i capacitat d'atenció.
Suma de respostes afirmatives als símptomes 1, 7, 8, 9, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 30 y 31 (ítem 3).

La puntuació obtinguda per cada factor recolza el resultat obtingut d'acord amb el criteri standarditzat (14 o més).

ANNEX 6. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE PHQ -9

Durante las **dos últimas semanas**, ¿con que frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1. Tener poco interés o disfrutar poco haciendo cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Tener problemas para dormir (coger el sueño o mantenerlo), o tener más sueño de la cuenta	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito, o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a – o sentirse fracasado/a o decepcionado/a de sí mismo/a, o pensar que ha decepcionado a los que le rodean	0	1	2	3
7. Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo, para leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien lo contrario, estar tan inquieto/a e intranquilo/a que ha estado moviéndose de arriba para abajo más de lo habitual	0	1	2	3
9. En la últimas dos semanas, tener pensamientos sobre que estaría mejor si se muriese o sobre hacerse daño a sí mismo de alguna manera	0	1	2	3
Sume las columnas:				
10. TOTAL:				_____ puntos
10'. TOTAL SÍNTOMAS:				_____ síntomas

Si usted se ha identificado con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuánto han interferido (o cuán difícil se le ha hecho cumplir) con su trabajo o estudios, con las actividades domésticas, o con su relación con otras personas?	Nada	0
	Algo	1
	Mucho	2
	Extremadamente	3

* Interpretació de la gravetat de l'episodi depressiu segons la puntuació obtinguda:

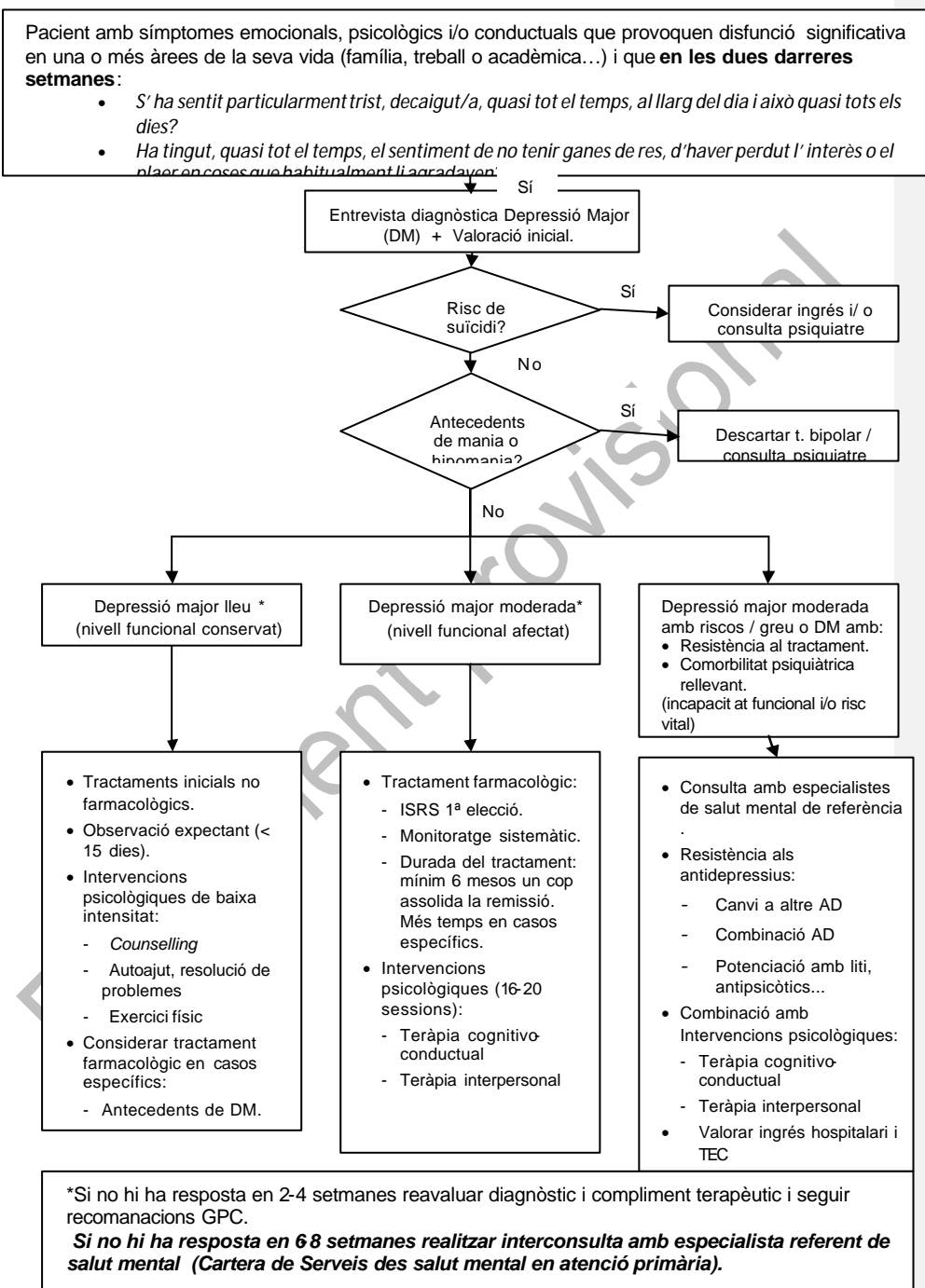
- <10: símptomes depressius mínims o lleus
- 10-14: depressió lleu
- 15-19: depressió moderada
- 20-27: depressió greu

ANNEX 7. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

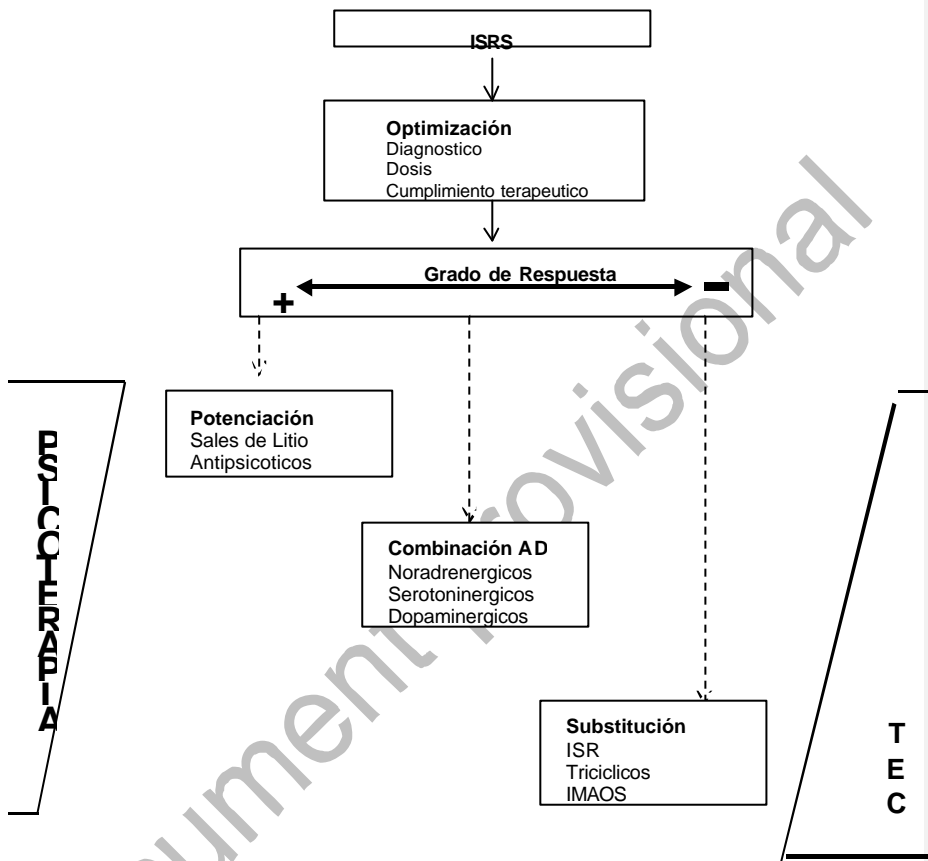
ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)*	
100... ...91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90... ...81	Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80... ...71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70... ...61	Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60... ...51	Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50... ...41	Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40... ...31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30... ...21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20... ...11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
10... ...1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

* Nota: asignar un único valor (entre 0 y 100), teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad. Reflejar el período de tiempo al que se refiere la evaluación (por ej., "actual" o "en el ingreso").

ANNEX 8. Algorisme del procés assistencial de la depressió adaptat a l'entorn de Catalunya.



ANNEX 9. Algoritme diagnòstic-terapèutic de la depressió greu i/o resistent al tractament



Bibliografia

- ¹ Pinto-Meza A, Fernández A, Fullana MA, Haro JM, Palao D, Luciano JV, Serrano-Blanco A. Impact of mental disorders and chronic physical conditions in health-related quality of life among primary care patients: results from an epidemiological study. *Qual Life Res.* 2009 Oct 18(8):1011-8.
- ² Fernández A; Bellón JA; Pinto-Meza, A; Luciano, JV; Autonell, J; Palao, DJ; Salvador-Carulla, L; García Campayo, J; Haro, JM; Serrano, Burden of chronic physical conditions and mental disorders in Primary Care. Results from the DASMAP study. *Br J Psych* (in press 2010)
- ³ Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, C.J.L Murray (2006). Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990-2001. In: *Global Burden of Disease and Risk Factors* (ed. AD Lopez, CD Mathers, M Ezzati, DT Jamison, and C.J.L Murray): 1-13. New York, NY: Oxford University Press.
- ⁴ Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord* 2010;120 (1-3):76-85.
- ⁵ Salvador Carulla L et al. Costos de la depressió a Catalunya. Treball presentat el 30 de novembre de 2009. (publicació?)
- ⁶ Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, and ESEMeD 2000 Investigators. Differences in life time use of services for mental health problems in six european countries. *Psychiatric Services* 2007; 58:213-20.
- ⁷ Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45 (2): 201-10.
- ⁸ Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34: 21-35.
- ⁹ Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34: 331-343.
- ¹⁰ Fernández A; Pinto-Meza A; Roura P; Haro, JM; Bellón JA; Autonell J; Palao DJ; Peñarrubia MT, Fernández R, Blanco E, Luciano JV, Serrano-Blanco A. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatr* (in press 2010).
- ¹¹ Aragonès E, Piñol JL, Labad A. Overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract* 2006; 23: 363-368
- ¹² Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? *Perspect Biol Med.* 2008; 51:238-50.
- ¹³ Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care outpatients. *J Psychosom Res* 2005; 58 (2): 145-151.

- ¹⁴ Grupo de trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el Servicio Nacional de Salud del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t nº 2006/06. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/index.html>
- ¹⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Pla director de Salut mental i Addiccions. Barcelona: octubre 2006. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2122/index.html>
- ¹⁶ WHO. World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva, 2001.
- ¹⁷ Davison GC. Stepped care: Doing more with less? J Consult Clin Psychology 2000;68:580-585.
- ¹⁸ National Collaborating Centre for Mental Health. NICE clinical guideline 90. Depression: the treatment and management of depression in adults (partial update of NICE clinical guideline 23). National Institute for Health and Clinical Excellence: London, 2009.
- ¹⁹ Kates N, Mach M. Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. Can J Psychiatry. 2007;52:77-85.
- ²⁰ Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA. 2003;289:3145-51.
- ²¹ Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Casaus P, Folch S, Basora J, Labad A; INDI research group. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). BMC Public Health. 2007;7:253.
- ²² Aragonès E, Caballero A. El Proyecto INDI. Diseño y evaluación de un programa para mejorar el abordaje de la depresión en Atención Primaria: ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Barcelona, 25-27/11/2009. Accesible a: http://www.semefc2009.com/modules.php?name=webstructure&file=viewFile&f=modules/webstructure/files/programa_final.pdf&t=-.pdf
- ²³ <http://www.eaad.net>
- ²⁴ https://webgate.ec.europa.eu/sanco_mental_health/public/GOOD_PRACTICE/402/show.html
- ²⁵ Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 59(Suppl. 20):22-33
- ²⁶ Ferrando L., Franco AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J (1998) MINI International Neuropsychiatric Interview. Spanish version 5.0.0. DSM-IV. Instituto IAP-Madrid-Spain
- ²⁷ Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, Pérez F, Oliveras MA, Valle J, Lahuerta J, Angst J; EDHIPO (Hypomania Detection Study) Group. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ)

of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *J Affect Disord.* 2007 Aug;101(1-3):43-55

²⁸Yoshimasu K, Kiyohara Ch, Miyashita K and the SRG of JSH. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Health Prev Med* 2008; 13:243–256

²⁹ Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care.* 2004 Dec;42(12):1194-201

³⁰ Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ -9). *J Affect Disorders.* 2004;81:61–6

³¹ http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/index.html

³² Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, Huong Tran Thi Thanh, Phillips M, Schlebusch L, Värnik A, Vijayakumar L, Wasserman D (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine.* 35: 1457-1465.

³³ Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, Vijayakumar L, Malakouti K, Schlebusch L, De Silva D, Nguyen VT, Wasserman D (2005). Characteristics of attempted suicides seen in emergency care settings of general hospitals in eight low and middle income countries. *Psychological Medicine.* 35: 1467-1474.

³⁴ Guia de T Bipolars. En preparació