

Vía de Atención Integrada  
para la mejora de la atención  
de la **depresión resistente**  
al tratamiento

**Enfoque general** para las **instituciones**  
del **sistema de salud de México**



Instituto Nacional  
de Salud Pública

### Descripción breve

Con base en la evidencia científica, se plantean recomendaciones generales para mejorar la atención a personas con depresión resistente al tratamiento (DRT) en las instituciones de salud públicas y privadas. Se detallan las actividades que diversos grupos de profesionales y especialistas de la salud mental deben realizar, de manera coordinada, en cinco etapas: 1) Detección de personas con probable DRT en el primer o segundo nivel; 2) Evaluación diagnóstica en servicio especializado; 3) Tratamiento farmacológico, neuroestimulación e intervención psicosocial; 4) Seguimiento y evaluación de la intervención, y 5) Pacientes sin criterios diagnósticos de DRT.

## Vía de Atención Integrada para la mejora de la atención de la depresión resistente al tratamiento. Enfoque general para las instituciones del sistema de salud de México

Primera edición, 2021

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán  
62100 Cuernavaca, Morelos, México.

ISBN 978-607-511-215-2

Hecho en México  
*Made in Mexico*

La presente publicación forma parte del proyecto "Mejora de la atención de la Depresión Resistente al Tratamiento a través del desarrollo de vías de atención integrada" (número otorgado en comisiones: 1704). Cuenta con la aprobación de los Comités de Bioseguridad, Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública como proyecto de servicio, con cartas aprobatorias emitidas durante octubre y noviembre de 2020. El proyecto de servicio fue financiado por la farmacéutica Janssen-Cilag de México.

La opinión de los expertos que colaboraron en esta obra no necesariamente refleja la de sus instituciones de adscripción.

## Grupo elaborador de la Vía de Atención Integrada para la depresión resistente al tratamiento

### Instituto Nacional de Psiquiatría

#### Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Claudia Becerra Palars  
claudiapalars@yahoo.com.mx

Dra. Joanna Jiménez Pavón  
joannajmz@comunidad.unam.mx

Dra. Jessica Zapata Téllez  
psic.zapata@gmail.com

Dr. Hiram Ortega Ortiz  
drhiramortega@hotmail.com  
Dr. Raúl Iván Escamilla Orozco  
rescam1@hotmail.com

### ISSSTE

Dra. Xóchitl Duque Alarcón  
duquealarconx@gmail.com

### ISSEMYM

Dra. Rosalba Elizabeth Llamas Núñez  
brasil0707@yahoo.com.mx

### Hospital General de México

Dra. Rosenia Furusho Coronel  
rosfurusho@yahoo.com.mx

### Hospital Darío Fernández

Dra. Damaris Valencia González  
damaris.valencia@unam.mx

### Servicios de Atención Psiquiátrica

Dr. José Javier Mendoza Velázquez  
mendozamdr@hotmail.com

### Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Dr. Héctor Cabello Rangel  
hector19.05.19.05@gmail.com

### Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez y Centro Médico ABC, Santa Fe

Dr. Ángel Alberto Ruiz Chow  
aaruzchow@gmail.com

### Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE y Clínica Ambulatoria Oceánica, CDMX

Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano  
drchristiantoledo@gmail.com

### SEMAR

Dr. Javier Antonio De la Rosa Vega  
dr.javier13@gmail.com

### Hospital Ángeles Tijuana, B.C.

Dr. Sergio Galván Cázares  
uabc@hotmail.com

### Secretaría de Salud de Jalisco

Dr. Sergio Ramírez Ortega  
ramirezortegasergio@hotmail.com

### Instituto Nacional de Salud Pública

Dra. Ofelia Poblano Verástegui  
Responsable técnico  
ofelia.poblano@insp.mx  
Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández  
Co-investigador  
pedro.saturno@insp.mx  
Mtro. José de Jesús Vértiz Ramírez  
Co-investigador  
jesus.vertiz@insp.mx  
Mtra. Liliana Trujillo Reyes  
Coordinación  
ltdesarrollosocial@hotmail.com

### JANSSEN

Dr. Luis Felipe Reyes Fuentes  
Supervisor de proyecto  
lreyesfu@its.jnj.com  
Dr. Santos Rafael Atilano Rodríguez  
Acompañamiento técnico  
satilan1@its.jnj.com

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>I. Justificación</b>	<b>8</b>
<b>II. Aspectos generales</b>	<b>10</b>
Objetivos	10
Población diana	10
Límites y etapas del proceso contemplado en la VAI-DRT	10
Ámbito o contexto	11
Usuarios finales	11
Servicios implicados	11
<b>III. Composición del grupo de expertos que participó en la elaboración de la Vía de Atención Integrada. Profesionales y servicios representados.</b>	<b>12</b>
<b>IV. Procedimiento de elaboración de la Vía de Atención Integrada para la Depresión Resistente al Tratamiento</b>	<b>13</b>
<b>V. Principales formatos y documentos para la implementación de la Vía de Atención Integrada para DRT</b>	<b>15</b>
Matriz temporal de actividades	15
Hoja de variaciones	24
Hoja de información para paciente y familiares	26
Encuesta sobre experiencia con la atención y calidad percibida	29
<b>VI. Flujogramas del proceso de atención</b>	<b>31</b>
Flujograma básico: Fases o bloques de actividades	31
Flujogramas detallados	33
Etapas 1: Detección	33
Etapas 2: Evaluación diagnóstica	34
Etapas 3: Tratamiento farmacológico, neuroestimulación e intervención psicosocial	35
Etapas 4: Seguimiento y evaluación de la intervención	38
Etapas 5: Paciente sin criterios diagnósticos de DRT	41
Descripción detallada de las actividades del proceso según etapa y tipo de profesional	42
<b>VII. Indicadores para la evaluación de la Vía de Atención Integrada para DRT</b>	<b>49</b>
<b>Consideraciones finales</b>	<b>52</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>53</b>
<b>Anexos</b>	<b>55</b>
Anexo 1: Preguntas clínicas surgidas en el desarrollo de la VAI y respuestas según evidencia científica y problemas organizacionales planteados y soluciones propuestas en la VAI para DRT con enfoque General	
Anexo 2: Fichas técnicas de indicadores	
Anexo 3: Formato de Ensayos Terapéuticos	
Anexo 4: Escala PHQ-9	
Anexo 5: Escala Morisky de Adherencia a la medicación	
Anexo 6: Escala UKU de Efectos secundarios	
Anexo 7: Escala HRSD	
Anexo 8: Evaluación Global de Funcionamiento GAF	

# Introducción

Las Vías de Atención Integrada (también conocidas como vías clínicas, derivado del inglés *Clinical pathways*) se definen como “una herramienta de gestión clínica que organiza y determina la secuencia y duración de las intervenciones de todo tipo y la coordinación de los departamentos implicados, para un particular tipo de caso o paciente, diseñada para minimizar retrasos y utilización de recursos y maximizar la calidad de la atención en un contexto específico” (Saturno, 2018). Esta herramienta ha probado su efectividad en varios países. En México, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) comenzó a impulsar su desarrollo con diagnósticos relevantes en varias instituciones de salud. Los profesionales involucrados en la atención a los pacientes que presentan el diagnóstico seleccionado son los encargados de elaborar las Vías de Atención Integrada; es indispensable que éstas se fundamenten en el conocimiento más actualizado para identificar las prácticas que representen los mayores beneficios y menores riesgos para los pacientes.

Debido al diseño contextualizado de las vías, una de las primeras actividades para su elaboración consiste en la definición de los límites de la atención que será abordada, es decir, dónde empieza y dónde termina, así como la elaboración de un mapeo básico general de las principales etapas del proceso de atención en un servicio, un establecimiento o un sistema de salud, según corresponda al nivel en el que estén ubicados los integrantes del equipo que desarrollará cada vía. En función de esto, se analiza de manera pormenorizada cada etapa y, con base en la evidencia disponible, se definen actividades, procedimientos, momentos, lugares específicos y a los respectivos responsables de cada actividad, precisando lo que les corresponde hacer y poniendo especial atención en los puntos que implican interacciones entre ellos y, por lo tanto, mayor coordinación. En esta fase de la elaboración de una vía se proponen, siempre de manera fundamentada, cambios e innovaciones en el proceso que representen mejoras en la atención a los pacientes y en el desempeño del propio proceso.

A partir del análisis descrito, se elaboran cuatro documentos fundamentales: la matriz temporal, la hoja de variaciones, la hoja de información para el paciente y la encuesta sobre la experiencia del paciente. Asimismo, se diseña una serie de indicadores cuya aplicación permita, por un lado, conocer mediante una evaluación basal cómo está la situación del proceso de atención antes de la implementación de la vía y, por otro, identificar desviaciones, incumplimientos y deficiencias que orienten tanto la mejora del proceso como la realización de ajustes a la propia vía, cuando ya esté en marcha.

Es importante llevar a cabo una prueba piloto de la vía, es decir, de los cambios e innovaciones propuestos y de los instrumentos que se hayan elaborado, entre ellos, los cuatro documentos fundamentales que se mencionan en el párrafo previo, ya que esto permitirá realizar ajustes oportunos que facilitarán la posterior implementación formal de la vía. Los resultados de la evaluación basal y de la prueba piloto proporcionan información de gran valor para formular un plan de implementación de la vía, el cual necesariamente deberá contener un fuerte componente de capacitación y de gestión de cambios que suelen implicar a más de un área en la organización. Finalmente, cuando una Vía de Atención Integrada ya ha sido implementada, será necesario evaluarla de manera continua y sistemática y darle el mantenimiento que derive de los resultados de dichas evaluaciones. Las Vías de Atención Integrada son, entonces, instrumentos dinámicos que deben ser mejorados conforme avanza el conocimiento y cambian las condiciones organizacionales en las que tienen lugar.

La Vía de Atención Integrada para la mejora de la atención de la Depresión Resistente al Tratamiento (en adelante VAI-DRT) que se presenta en este documento constituye un primer avance en el intento de precisar en qué consiste la buena atención a personas con este diagnóstico en el Sistema Nacional de Salud. Su enfoque es general, es decir, se consideró su aplicación tanto en el ámbito público como en el privado y, dentro del primero, en cualquiera de las instituciones que lo integran y que atienden a estos pacientes. Si bien se describe el vínculo entre el primer o segundo nivel de atención con la atención especializada, se reconoce que es necesario profundizar en la interacción que debería haber entre los diversos niveles, instituciones y unidades para que las personas con DRT sean diagnosticadas y tratadas de manera más oportuna e integral. Esta VAI-DRT con enfoque general puede ser la base sobre la cual se diseñen VAI-DRT específicas para redes locales o establecimientos especializados cuyas autoridades y equipos profesionales estén interesados en otorgar la mejor atención posible a las personas con DRT.

Es indispensable aclarar que, si bien el esfuerzo por elaborar esta vía fue intensivo, el avance incluye hasta la elaboración de los cuatro documentos fundamentales y el planteamiento de un conjunto de indicadores, de modo que quedaron para un momento posterior la evaluación basal, la prueba piloto de la vía y, desde luego, su implementación. En la elaboración de esta vía participó un grupo interinstitucional de expertos del campo de la salud mental y la psiquiatría, los cuales sostuvieron 42 reuniones en línea durante las que revisaron y discutieron el deber ser de la atención a pacientes con DRT con base en la evidencia científica disponible y en la gran experiencia acumulada en el campo por la trayectoria de todos ellos.

La estructura de este documento es la siguiente: en primer lugar, se ofrecen algunas reflexiones acerca de la importancia y los beneficios que puede representar contar con una Vía de Atención Integrada enfocada en la mejora de la atención a pacientes con DRT. Se presentan enseguida, en el segundo apartado, las características generales de esta VAI-DRT. Es una especie de ficha informativa que sintetiza los aspectos generales que posteriormente serán descritos con mayor detalle. En el apartado III se muestra la composición del grupo de trabajo que contribuyó al desarrollo de la VAI-DRT, así como algunos datos sobre el periodo de trabajo y el número de reuniones realizadas. Después, el apartado IV detalla el procedimiento seguido

para elaborar la vía y se destacan las principales discusiones que entabló el grupo de expertos en torno a temas clave, algunos de ellos controvertidos.

La parte esencial de esta VAI está contenida en el apartado V, el cual muestra los instrumentos que fueron elaborados por los expertos con el propósito de orientar la organización de la atención a personas con DRT: matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información al paciente y encuesta de experiencia del paciente. A continuación, en el apartado VI, se describen las actividades de cada una de las etapas que los expertos establecieron para la VAI-DRT y se muestran los diagramas de flujo correspondientes; en el apartado VII se incluye la lista de indicadores que derivaron del análisis y de las intensas discusiones sostenidas por los integrantes del grupo elaborador a partir de lo cual se definieron aspectos que, a juicio de los expertos, debían ser medidos para verificar el buen funcionamiento de la vía. Finalmente, se presentan algunas consideraciones generales y una invitación a los responsables de las instituciones de salud mental del país a que den continuidad al esfuerzo aquí iniciado. El documento incluye la bibliografía consultada y anexos con algunos instrumentos y documentos relevantes para su elaboración.

# I.

## Justificación

**E**l trastorno depresivo mayor (TDM) suele ser recurrente y, a menudo, el inicio de un episodio depresivo se relaciona con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes. Se reporta que su tratamiento convencional es por medio de medicamentos antidepresivos y de terapia cognitiva, los cuales han demostrado ser eficaces en cerca de 60% de los pacientes. El otro 40% son pacientes que presentan pseudoresistencia (principalmente la falta de adherencia terapéutica), o bien son francamente resistentes a un tratamiento que han seguido de manera puntual y correcta. El diagnóstico que corresponde a este grupo es el de Depresión Resistente al Tratamiento (DRT) (Pérez et al., 2017).

La DRT es un fenómeno clínico complejo que podría reflejar una variedad de subtipos de pacientes con depresión no respondedores o con comorbilidad psiquiátrica y enfermedades médicas coexistentes. Es una de las formas clínicas de los trastornos depresivos más difíciles de tratar. La DRT genera un incremento en los costos médicos directos e indirectos, siendo los más altos entre los pacientes con depresión mayor unipolar. Las personas con DRT tienen el doble de probabilidades de ser hospitalizadas y el costo de estas hospitalizaciones es más de seis veces mayor que el costo total promedio para pacientes deprimidos que no son resistentes al tratamiento (Corrales et al., 2020).

En la literatura científica el consenso en torno de la definición de la DRT es muy limitado. Debido a ello el diagnóstico de este trastorno se basa en una observación y valoración cuidadosas, tanto de

los diferentes tratamientos farmacológicos utilizados como de la evolución clínica que se identifique a partir de la información suministrada por el paciente o por alguien de su entorno que pueda dar cuenta de estos datos (Corrales et al., 2020). Es importante destacar el concepto de depresión resistente, ya que se ha asociado a un peor pronóstico a largo plazo en comparación con los pacientes que logran una remisión completa, en términos de deterioro funcional y mayor riesgo de recaída, así como también, a un aumento en el número de intentos de suicidio, proporcional al número de tratamientos antidepresivos fallidos. Los pacientes cuyo trastorno depresivo no responde a los tratamientos o sólo responde parcialmente presentarán mayor dificultad en su tratamiento en el curso de la enfermedad (Corrales et al., 2020).

Los resultados de diferentes programas de acción para desarrollar e introducir guías basadas en evidencia y guías de práctica clínica (GPC) para mejorar el cuidado y la calidad de la atención de los pacientes con depresión muestran que se pueden lograr beneficios desde el diagnóstico, el manejo y el resultado clínico. Además, corroboran que se puede lograr una mejora sustancial en la atención cuando se utilizan sesiones de capacitación específicas para el personal de salud que interviene en la atención y retroalimentación orientada a la reorganización y mejora de los servicios (Härter et al., 2005; Bermejo et al., 2008).

Es indispensable que los profesionales de la salud orienten sus esfuerzos hacia la necesidad de

una mayor coordinación entre los diversos especialistas que participan en la atención a pacientes con un padecimiento tan complejo como lo es la DRT. La elaboración de esta vía de atención integrada, basada en evidencia científica, con participación de los profesionales multidisciplinarios involucrados en la atención de pacientes con DRT, proporciona una plataforma para avanzar en la identificación de las oportunidades para brindar la mejor atención posible en función de las condiciones que prevalecen en los centros de salud mental en que trabajan. La finalidad de esta Vía de Atención Integrada es aumentar la calidad de la

atención a través de la mejora continua de los resultados para los pacientes con DRT, ajustando los riesgos, promoviendo la seguridad para el paciente, incrementando la satisfacción del prestador de servicios y del paciente y optimizando el uso de recursos.

Se espera que esta Vía de Atención Integrada, una de las pioneras en México en el ámbito de la salud mental, funcione como una herramienta para mejorar la atención de la depresión resistente al tratamiento desde la etapa de detección temprana hasta la atención estandarizada y sistemática que garantice calidad en el proceso de atención.

## II. Aspectos generales

### 1. Objetivo de la Vía de Atención Integrada para Depresión Resistente al Tratamiento (VAI-DRT)

Establecer orientaciones generales para promover la mejora de la calidad de la atención a pacientes diagnosticados con depresión resistente al tratamiento (DRT) en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud a través de:

- a) Diseñar acciones que respondan a la evidencia científica disponible.
- b) Considerar las condiciones de las instituciones psiquiátricas del país.
- c) Facilitar la coordinación entre los profesionales e instituciones que participan en los procesos de atención.

### 2. Población diana

Pacientes con trastorno depresivo mayor que presentan resistencia al tratamiento.

### 3. Límites y etapas del proceso contemplado en la VAI-DRT

Debido a la importancia de la identificación oportuna y correcta de personas que pudieran ser diagnosticadas con DRT, y considerando el alcance general de esta vía, se determinó que su inicio debería estar ubicado en el primer o segundo nivel

de atención, donde profesionales de la medicina, aun cuando no necesariamente estén especializados en salud mental, están en posibilidad de captar personas que muestren sintomatología afín a la DRT, las cuales deben ser justificadamente referidas a alguna institución que proporcione atención psiquiátrica especializada. Como se verá en los apartados V y VI, se propone fomentar el uso de escalas de aplicación sencilla y acceso libre, tanto para valorar la adherencia al tratamiento como para estimar la gravedad de la depresión a fin de sustentar las referencias.

En el extremo final de la vía se ubicó la situación de pacientes que han alcanzado la remisión de los síntomas y la sostienen por un periodo de un año. Si bien estas personas están en condiciones de ser contrarreferidas, se planteó la necesidad de dar seguimiento periódico a su estado de salud para verificar que los síntomas de la depresión hayan cedido.

De este modo, se identificó una secuencia de cinco etapas del proceso de la VAI-DRT (figura 1): 1. Detección, 2. Evaluación diagnóstica, 3. Tratamiento farmacológico, neuroestimulación e intervención psicosocial, 4. Seguimiento y evaluación de la intervención, y 5. Paciente sin criterios diagnósticos de DRT. El análisis detallado de cada una de ellas se muestra en el apartado VI a manera de diagramas de flujo, así como de un cuadro descriptivo.

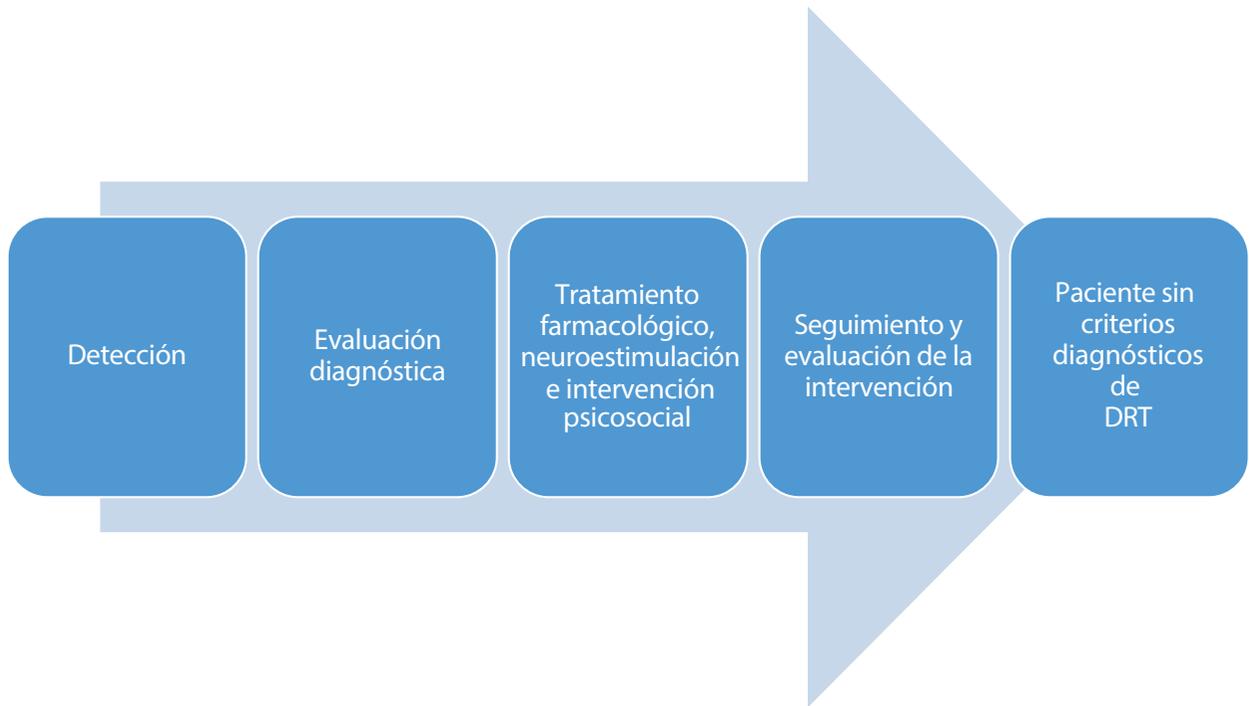


Figura 1. Flujograma básico de la Vía de Atención Integrada para Depresión Resistente al Tratamiento

#### 4. Ámbito o contexto

Sistema de salud, con énfasis en la interacción entre el primer y segundo nivel de atención con unidades especializadas para la atención a pacientes psiquiátricos.

#### 5. Usuarios finales

Personal involucrado en el proceso de atención de pacientes con depresión resistente al tratamiento: médicos generales y familiares, psiquiatras y residentes de psiquiatría, psicólogos y personal de

enfermería, de trabajo social, de laboratorio, de vigilancia y administrativo.

#### 6. Servicios implicados

- **Área médica:** Médicos generales y familiares, residentes de psiquiatría, psiquiatras
- **Área paramédica:** Enfermería, psicología
- **Administración:** Admisión, archivo clínico, trabajo social
- **Servicios auxiliares:** Laboratorio clínico, áreas de terapia electroconvulsiva, terapia de estimulación magnética transcraneal repetitiva

### III.

## Composición del grupo de expertos que participó en la elaboración de la Vía de Atención Integrada: profesionales y servicios representados

### Grupos profesionales

#### Psiquiatría:

- Dra. Claudia Becerra Palars
- Dra. Damaris Valencia González
- Dra. Joanna Jiménez Pavón
- Dr. José Javier Mendoza Velázquez
- Dr. Hiram Ortega Ortiz
- Dr. Héctor Cabello Rangel
- Dr. Raúl Iván Escamilla Orozco
- Dr. Ángel Alberto Ruiz Chow
- Dra. Xóchitl Duque Alarcón
- Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano
- Dra. Rosalba Elizabeth Llamas Núñez
- Dra. Rosenia Furusho Coronel
- Dr. Javier Antonio De la Rosa Vega
- Dr. Sergio Galván
- Dr. Sergio Ramírez Ortega

#### Psicología:

- Dra. Jessica Zapata Téllez

#### Trabajo social:

- Lic. T. S. Yolanda González Santillán

## IV.

# Procedimiento de elaboración de la Vía de Atención Integrada para depresión resistente al tratamiento

A continuación, se describen las principales actividades que el grupo de expertos llevó a cabo para elaborar la VAI-DRT que se presenta en este documento.

- Se organizó una reunión inicial en la que investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) presentaron aspectos conceptuales y metodológicos básicos para la elaboración de las vías de atención integrada. Se resolvieron dudas y se estableció el mecanismo de trabajo (modalidad, duración y periodicidad de las sesiones). Debido a la situación generada por la pandemia de Covid-19, todas las sesiones se llevaron a cabo a través de plataformas virtuales.
- El grupo de investigadores del INSP y los psiquiatras de las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) trabajaron inicialmente dos sesiones por semana, para identificar los límites del proceso de atención a personas con DRT, así como sus principales etapas, los cuales se muestran arriba, en el apartado “Límites y etapas del proceso contemplado en la VAI-DRT”.
- Durante una serie de sesiones se elaboró la Matriz de preguntas clínicas y organizacionales. Con base en la guía de preguntas “qué, cuándo, cómo, quién debe hacerlo y dónde debe llevarse a cabo”, esta herramienta contribuye a ordenar el análisis y la discusión en torno a las actividades que se deberían realizar para proporcionar la mejor atención posible, en este caso a pacientes con DRT, con base en la evidencia disponible y el contexto de las instituciones de salud del país. La herramienta incluye una pregunta adicional, “cuál es la mejora”, que sirve para identificar las principales innovaciones que se proponen, así como los resultados que se espera obtener de ellas. En el anexo 1 se muestra el resultado del análisis realizado por el grupo de expertos.
- Durante el desarrollo de las sesiones, y mediante la aplicación de las herramientas utilizadas, los psiquiatras identificaron diversos temas controversiales que ameritaron la búsqueda de evidencia científica. Por ejemplo, los expertos aportaron documentos y revisiones sistemáticas de artículos científicos para precisar el tratamiento farmacológico y no farmacológico, para sustentar la importancia del trabajo multidisciplinario y para argumentar sobre la necesidad de asignar gestores de caso que coadyuven a mejorar la coordinación entre áreas y profesionales. Como resultado de lo anterior, los expertos acordaron tomar como guía de base algunos documentos propios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como los formatos de revisión de ensayos clínicos, las hojas de interconsulta y los manuales de terapia electroconvulsiva, principalmente.
- Entre los documentos aportados se incluyeron algunos instrumentos y escalas, por ejemplo, para evaluar la adherencia terapéutica (como la escala Morisky) o la severidad de los síntomas de depresión (como la escala *Patient*

*Health Questionnaire – PHQ-9*). Los psiquiatras decidieron utilizar estas herramientas debido a la facilidad de su aplicación y a que son de libre acceso por internet por lo que no requieren autorizaciones editoriales.

- Fue necesario realizar algunas actividades especiales, como la elaboración de un formato para verificar los ensayos terapéuticos, cuya aplicación será propuesta en el primer o segundo nivel de atención para contribuir a identificar casos que ameriten referencia a atención especializada, lo cual incluyó la realización de una encuesta rápida entre los propios integrantes del grupo de expertos y algunos psiquiatras más para identificar los medicamentos de uso más frecuente y mayor disponibilidad en el sistema.
- Por otro lado, el personal de otras áreas participantes en los procesos de atención, como psicología y trabajo social, tuvieron participaciones puntuales. Se les invitó para identificar y describir las actividades que corresponden a su área de atención y especialidad, lo que permitió detectar algunos problemas organizacionales que repercuten en la falta de integración del tratamiento y que se pretende contribuir a superar mediante la aplicación de esta VAI-DRT.
- Al final, las sesiones de la VAI general fueron 42 en total, las cuales representaron 82 horas de trabajo. La asistencia a las sesiones fue de 16 médicos psiquiatras, generales y especializados en depresión; no siempre acudieron las mismas personas y algunas de ellas participaron sólo en la discusión de las etapas iniciales de la VAI. Se contó además con la asistencia de dos psicólogas y una trabajadora social y, por parte del grupo técnico del INSP, con tres especialistas en calidad de la atención a la salud y una coordinadora logística del proceso.
- Para avanzar en las diversas etapas de análisis en la elaboración de la VAI-DRT, se contó todo el tiempo con la aprobación técnica de los psiquiatras expertos.

## V.

# Principales formatos y documentos de la Vía de Atención Integrada

**S**i bien las Vías de Atención Integrada pueden requerir de la aplicación de diversos instrumentos y herramientas específicos, hay cuatro que resultan fundamentales: la matriz temporal, la hoja de variaciones, la hoja de información al paciente y la encuesta sobre la experiencia del paciente. En los siguientes subapartados se describen brevemente el sentido y la importancia de cada uno de ellos, y se presenta el respectivo instrumento para esta Vía de Atención Integrada para Depresión Resistente al Tratamiento.

### 1. Matriz temporal de actividades

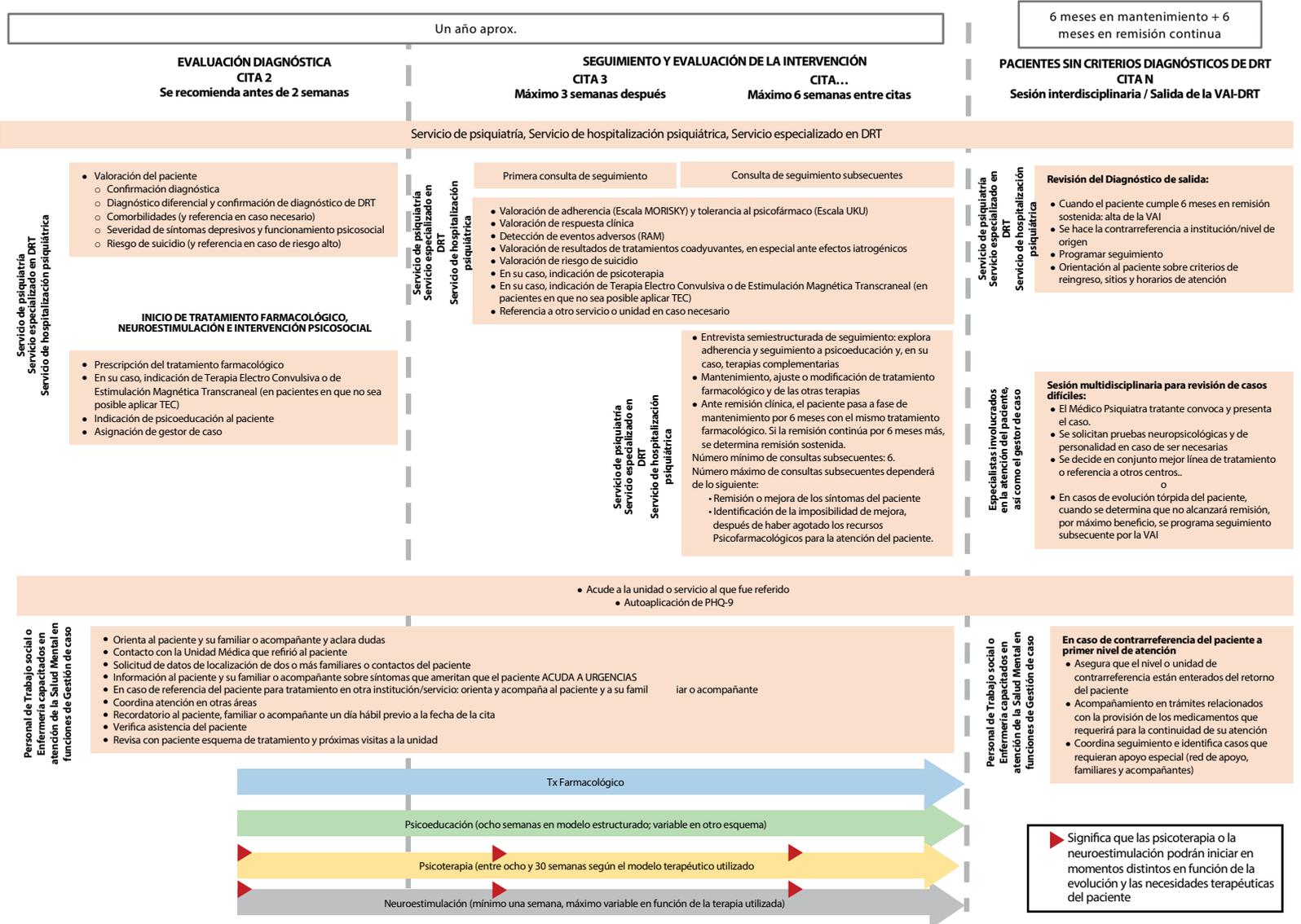
La matriz temporal es una herramienta que permite visualizar de manera global las principales actividades que los profesionales involucrados en la atención a los pacientes deben realizar de manera coordinada durante el tiempo estimado que durará dicha atención. Dada la complejidad que implica la atención a pacientes con DRT, en el sen-

tido del número de profesionales, de las interacciones entre ellos y de la duración del tratamiento, se presentan dos versiones de esta herramienta. La primera es más general y muestra de manera gráfica, ordenada y condensada la atención que debe recibir una persona con este padecimiento.

La que se muestra en segundo lugar es más detallada, sobre todo en lo que respecta a la descripción de las actividades relacionadas con la psicoeducación, la psicoterapia y la neuroestimulación. Puede consultarse información más precisa sobre las actividades específicas en la Matriz de preguntas clínicas y organizacionales incluida en el Anexo 1. Es importante destacar que las dos matrices temporales que a continuación se presentan, constituyen recomendaciones generales sobre la forma en que debería atenderse a las personas con DRT en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Correspondería a las autoridades de cada institución y a los equipos de especialistas de cada unidad adaptarlas a las condiciones locales.

# Atención Integrada para la atención de personas con depresión resistente al tratamiento. Recomendaciones para las instituciones del Sistema Nacional de Salud

## Matriz temporal Versión esquemática



Vía de Atención Integrada para la atención de personas con depresión resistente al tratamiento.  
Recomendaciones para las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Matriz temporal

Versión detallada

ETAPA	DETECCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INICIO DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		PACIENTE SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DRT
	CITA 1 Previa aplicación consecutiva de dos ensayos terapéuticos a pacientes con DX de DM	CITA 2 Se recomienda antes de 2 semanas	CITA 3 Máximo 3 semanas después	CITA... Máximo 6 semanas entre citas	CITA N Sesión interdisciplinaria Salida de la VAI-DRT
LUGAR	UMF, CS, HG	Primera consulta HG O H3ER NIVEL	Primera consulta de seguimiento HG O H3ER NIVEL	Consultas de seguimiento subsecuentes HG O H3ER NIVEL	Revisión del diagnóstico de salida HG O H3ER NIVEL
QUIÉN	<p>En unidades en donde los pacientes están siendo atendidos por médicos generales o de otra especialidad (no psiquiatras)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico general, familiar o de especialidades distintas de la psiquiatría previamente capacitados</li> <li>• Psicólogos clínicos</li> </ul> <p>En unidades en donde los pacientes están siendo atendidos por psiquiatras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psiquiatra</li> <li>• Residente de psiquiatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de información en el formato de verificación de ensayos terapéuticos.</li> <li>• Identificación de pacientes con criterios para referencia por sospecha de DRT.</li> <li>• Referencia a servicio de atención especializada para diagnóstico psiquiátrico.</li> <li>• Orientación al paciente y familiares.</li> </ul>			
Personal de trabajo social o enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo en la gestión de la cita al servicio o unidad a la que se refiere al paciente.</li> <li>• Acompañamiento.</li> <li>• Asegurar que el paciente fue atendido en la unidad o servicio al que fue referido.</li> </ul>				

Continúa...

... continuación

ETAPA	DETECCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INICIO DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		PACIENTE SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DRT
	CITA 1 Previa aplicación consecutiva de dos ensayos terapéuticos a pacientes con DX de DM	CITA 2 Se recomienda antes de 2 semanas	CITA 3 Máximo 3 semanas después	CITA... Máximo 6 semanas entre citas	CITA N Sesión interdisciplinaria Salida de la VAI-DRT
LUGAR	UMF, CS, HG	Primera consulta HG O H3ER NIVEL	Primera consulta de seguimiento HG O H3ER NIVEL	Consultas de seguimiento subsiguientes HG O H3ER NIVEL	Revisión del diagnóstico de salida HG O H3ER NIVEL
<b>Psiquiatra</b> <b>Residente de psiquiatría</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración del paciente               <ul style="list-style-type: none"> <li>Confirmación diagnóstica</li> <li>Diagnóstico diferencial y confirmación de diagnóstico de DRT</li> <li>Comorbilidades (y referencia en caso de ser necesaria)</li> <li>Severidad de síntomas depresivos y funcionamiento psicosocial</li> <li>Riesgo de suicidio (y referencia en caso de riesgo alto)</li> </ul> </li> <li>Prescripción del tratamiento farmacológico</li> <li>En su caso, indicación de terapia electroconvulsiva (TEC) o de estimulación magnética transcraneal (en pacientes en que no sea posible aplicar TEC).</li> <li>Indicación de psicoeducación al paciente.</li> <li>Asignación de gestor de caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración de adherencia (escala Morisky) y tolerancia al psicofármaco (Escala UKU).</li> <li>Valoración de respuesta clínica.</li> <li>Detección de eventos adversos (RAM).</li> <li>Valoración de resultados de tratamientos coadyuvantes, en especial ante efectos iatrogénicos.</li> <li>Valoración de riesgo de suicidio.</li> <li>En su caso, indicación de psicoterapia.</li> <li>En su caso, indicación de terapia electroconvulsiva (TEC) o de estimulación magnética transcraneal (en pacientes en que no sea posible aplicar TEC).</li> <li>Referencia a otro servicio o unidad en caso necesario.</li> </ul>	<p><b>Revisión del Diagnóstico de salida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando el paciente cumple seis meses en remisión sostenida: alta de la VAI.</li> <li>Se hace la contrarreferencia a institución/nivel de origen.</li> <li>Programar seguimiento.</li> <li>Orientación al paciente sobre criterios de reingreso, sitios y horarios de atención.</li> </ul>	

Continúa...

... continuación

ETAPA	DETECCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INICIO DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		PACIENTE SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DRT
	CITA 1 Previa aplicación consecutiva de dos ensayos terapéuticos a pacientes con DX de DM	CITA 2 Se recomienda antes de 2 semanas	CITA 3 Máximo 3 semanas después	CITA... Máximo 6 semanas entre citas	CITA N Sesión interdisciplinaria Salida de la VAI-DRT
LUGAR	UMF, CS, HG	Primera consulta HG O H3ER NIVEL	Primera consulta de seguimiento HG O H3ER NIVEL	Consultas de seguimiento subsecuentes HG O H3ER NIVEL	Revisión del diagnóstico de salida HG O H3ER NIVEL
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista semiestructurada de seguimiento: exploración de adherencia y seguimiento a psicoeducación y, en su caso, terapias complementarias.</li> <li>Mantenimiento, ajuste o modificación del tratamiento farmacológico y de las otras terapias.</li> <li>Ante remisión clínica, el paciente pasa a fase de mantenimiento por seis meses con el mismo tratamiento farmacológico. Si la remisión continúa por seis meses más, se determina remisión sostenida.</li> </ul> <p>Número mínimo de consultas subsecuentes: 6.</p> <p>Número máximo de consultas subsecuentes dependerá de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Remisión o mejora de los síntomas del paciente</li> <li>Identificación de la imposibilidad de mejora, después de haber agotado los recursos psicofarmacológicos para la atención del paciente.</li> </ul>	

Continúa...

... continuación

ETAPA	DETECCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INICIO DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		PACIENTE SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DRT
	CITA 1 Previa aplicación consecutiva de dos ensayos terapéuticos a pacientes con DX de DM	CITA 2 Se recomienda antes de 2 semanas	CITA 3 Máximo 3 semanas después	CITA... Máximo 6 semanas entre citas	CITA N Sesión interdisciplinaria Salida de la VAI-DRT
LUGAR	UMF, CS, HG	Primera consulta HG O H3ER NIVEL	Primera consulta de seguimiento HG O H3ER NIVEL	Consultas de seguimiento subsecuentes HG O H3ER NIVEL	Revisión del diagnóstico de salida HG O H3ER NIVEL
<b>Personal de trabajo social o enfermería capacitado en atención de la salud mental en funciones de gestión de caso</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Orienta al paciente y a su familiar o acompañante y aclara dudas.</li> <li>Contacto con la unidad médica que refirió al paciente.</li> <li>Solicitud de datos de localización de dos o más familiares o contactos del paciente.</li> <li>Información al paciente y su familiar o acompañante sobre síntomas que ameritan que el paciente acuda a urgencias.</li> <li>En caso de referencia del paciente para tratamiento en otra institución/servicio: orienta y acompaña al paciente y a su familiar o acompañante.</li> <li>Coordina atención en otras áreas.</li> <li>Hace un recordatorio al paciente, familiar o acompañante un día hábil previo a la fecha de la cita.</li> <li>Verifica la asistencia del paciente.</li> <li>Revisa con el paciente el esquema de tratamiento y las próximas visitas a la unidad.</li> </ul>			<p><b>En caso de contrarreferencia del paciente a primer nivel de atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asegura que el nivel o unidad de contrarreferencia está enterado del retorno del paciente.</li> <li>Acompañamiento en trámites relacionados con la provisión de los medicamentos que requerirá para la continuidad de su atención.</li> <li>Coordina seguimiento e identifica los casos que requieran apoyo especial (red de apoyo, familiares y acompañantes).</li> </ul>
<b>Paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoaplicación de PHQ-9.</li> <li>Con apoyo del profesional que lo atiende, registra la información requerida en el formato de verificación de ensayos terapéuticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acude a la unidad o servicio al que fue referido</li> <li>Autoaplicación de PHQ-9</li> </ul>			

Continúa...

... continuación

ETAPA	DETECCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INICIO DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		PACIENTE SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DRT
	CITA 1 Previa aplicación consecutiva de dos ensayos terapéuticos a pacientes con DX de DM	CITA 2 Se recomienda antes de 2 semanas	CITA 3 Máximo 3 semanas después	CITA... Máximo 6 semanas entre citas	CITA N Sesión interdisciplinaria Salida de la VAI-DRT
LUGAR	UMF, CS, HG	Primera consulta HG O H3ER NIVEL	Primera consulta de seguimiento HG O H3ER NIVEL	Consultas de seguimiento subsecuentes HG O H3ER NIVEL	Revisión del diagnóstico de salida HG O H3ER NIVEL
Especialistas involucrados en la atención del paciente, así como el gestor de caso					<p><b>Sesión multidisciplinaria para revisión de casos difíciles:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El psiquiatra tratante convoca y presenta el caso.</li> <li>• Se solicitan pruebas neuropsicológicas y de personalidad, en caso de ser necesarias.</li> <li>• Se decide en conjunto la mejor línea de tratamiento o referencia a otros centros.</li> </ul> <p>O bien,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En casos de evolución tórpida del paciente, cuando se determina que no alcanzará remisión, por máximo beneficio, se programa seguimiento subsecuente por la VAI.</li> </ul>

ETAPA	DETECCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INICIO DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		PACIENTE SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DRT
	CITA 1 Previa aplicación consecutiva de dos ensayos terapéuticos a pacientes con DX de DM	CITA 2 Se recomienda antes de 2 semanas	CITA 3 Máximo 3 semanas después	CITA... Máximo 6 semanas entre citas	CITA N Sesión interdisciplinaria Salida de la VAI-DRT
LUGAR	UMF, CS, HG	Primera consulta HG O H3ER NIVEL	Primera consulta de seguimiento HG O H3ER NIVEL	Consultas de seguimiento subsiguientes HG O H3ER NIVEL	Revisión del diagnóstico de salida HG O H3ER NIVEL
QUIÉN		<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa atención al paciente en coordinación con el gestor de caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiza grupo para pacientes y para familiares o acompañantes responsables.</li> <li>Según Guía de Psicoeducación del INPRFM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones estructuradas de psicoeducación para paciente de la 1 a la 8.</li> <li>Sesiones estructuradas de psicoeducación para los familiares o acompañantes responsables de la 1 a la 8.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesión de psicoeducación de cierre para el paciente.</li> <li>Sesión de psicoeducación de cierre para los familiares o acompañantes responsables.</li> <li>Aplicación al paciente del cuestionario de evaluación del aprendizaje.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa primera cita a paciente referido por el servicio de psiquiatría</li> <li>Confirmar con gestor de caso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primera sesión (90 min.).</li> <li>Se aplican escalas HAM-D, GAD-7.</li> <li>Entrevista inicial.</li> <li>Encuadre de la terapia.</li> </ul>	<p>Una sesión semanal El número de sesiones está en función del modelo terapéutico utilizado.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Terapia dialéctica conductual radicalmente abierta (mínimo 25, máximo 30 sesiones).</li> <li>Terapia de activación conductual (mínimo 8, máximo 12 sesiones).</li> <li>Terapia cognitivo conductual (mínimo 15, máximo 20 sesiones).</li> <li>Terapia psicodinámica breve para la depresión (mínimo 8, máximo 12 sesiones).</li> <li>Terapia cognitiva basada en mindfulness (mínimo 15, máximo 20 sesiones)</li> </ol> <p>Duración entre 50-60 min. En la segunda sesión se presenta el plan de tratamiento psicoterapéutico y se establece el contrato terapéutico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesión de cierre</li> <li>Cita abierta</li> </ul>

... continuación

ETAPA	DETECCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INICIO DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		PACIENTE SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DRT
	CITA 1 Previa aplicación consecutiva de dos ensayos terapéuticos a pacientes con DX de DM	CITA 2 Se recomienda antes de 2 semanas	CITA 3 Máximo 3 semanas después	CITA... Máximo 6 semanas entre citas	CITA N Sesión interdisciplinaria Salida de la VAI-DRT
LUGAR	UMF, CS, HG	Primera consulta HG O H3ER NIVEL	Primera consulta de seguimiento HG O H3ER NIVEL	Consultas de seguimiento subsecuentes HG O H3ER NIVEL	Revisión del diagnóstico de salida HG O H3ER NIVEL
QUIÉN					
<b>Personal especializado de terapia electroconvulsiva (TEC)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa primera sesión de TEC.</li> <li>Confirma con gestor de caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicia protocolo de TEC</li> <li>Verifica que el paciente cumple los criterios para aplicación de TEC</li> <li>Aplicación de TEC</li> <li>Valoración de resultados y efectos adversos</li> <li>Se determina si el paciente es candidato a TEC de mantenimiento</li> <li>Programación de siguientes sesiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se aplica TEC de 3 a 12 sesiones, cada tercer día.</li> <li>En cada sesión se valoran resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclusión de sesiones de TEC</li> </ul>
<b>Personal especializado del Centro de estimulación magnética</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa primera sesión de estimulación magnética transcraneal para pacientes que han recibido dosis máxima de AD con potenciador (p. ej., Esketamina)</li> <li>Considera especialmente a pacientes en quienes no es posible aplicar TEC.</li> <li>Confirma con gestor de caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicia estimulación magnética transcraneal repetitiva.</li> <li>Considerado especialmente en pacientes en los que no sea posible aplicar TEC.</li> </ul>	Recomendación de 10 a 20 sesiones, una por día, mínimo 2 semanas y máximo 4 semanas, de 1 500 a 3 000 pulsos por sesión a más de 10 hertz en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda <ul style="list-style-type: none"> <li>Se valoran resultados y efectos adversos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclusión de sesiones de estimulación magnética transcraneal.</li> </ul>

## 2. Hoja de variaciones

Durante la implementación y ejecución de una Vía de Atención Integral es frecuente enfrentar situaciones que impiden su aplicación, lo cual da origen a lo que se conoce como “variaciones”. En el entendido de que las Vías de Atención Integrada son instrumentos dinámicos que ameritan revisiones y actualizaciones continuas, es importante el registro detallado de dichas variaciones.

La hoja de variaciones facilita el registro de las situaciones que impiden que un paciente sea atendido según se recomienda en una etapa determinada de la VAI, en el momento en que ocurren, considerando por qué se presentan y qué medidas se implementan para tratar de que el paciente, de cualquier modo, reciba la mejor atención posible. Esto permitirá que los responsables de la vía, es decir, los responsables de coordinar la atención a los pacientes con DRT, conozcan con precisión las circunstancias descritas y emprendan acciones correctivas en el proceso de atención o realicen los ajustes pertinentes a la propia VAI. Enseguida se muestra la hoja de variaciones avalada por el grupo de expertos. Tiene dos secciones: en la parte superior están los espacios para el registro detallado de los incidentes que impidieron la aplicación de

la VAI, y en la parte inferior se incluye la lista de las causas que pudieron haber determinado esta situación. Como se puede observar, las causas están agrupadas y codificadas. Los principales grupos de causas son los siguientes:

- A) Clínicas: se refieren a las condiciones del paciente que imposibilitan la aplicación de la recomendación de la vía en esa etapa (ocho causas).
- B) Personales: se agrupan a su vez en causas atribuibles al paciente, a los familiares o acompañantes y al personal sanitario (ocho causas atribuibles al paciente, tres al personal sanitario y dos a la familia o acompañantes).
- C) Institución: son causas que rebasan a los profesionales y a los pacientes e incluyen, sobre todo, deficiencias de tipo estructural y organizativo (siete causas).

En la matriz propuesta se puede apreciar, además, que cada causa tiene a la izquierda su respectivo código, el cual debe ser registrado en la columna encabezada con la palabra COD, en la parte superior de la hoja de variaciones. Se recomienda que todos los profesionales involucrados en la atención a pacientes con DRT que estén cursando la VAI tengan acceso a la hoja de variaciones para hacer el registro de incidentes en el momento en que ocurran.

**Hoja de variaciones de la vía de atención integral del paciente con depresión resistente al tratamiento (DRT)**

Nombre de la institución:

No. Folio/ expediente	Nombre del paciente	Etapa del mapeo básico	Fecha/turno	Variación	COD	Acción tomada	Nombre y firma del personal

**Lista de códigos (COD) para variaciones**

A. Clínico	B. Personales (paciente, familia y personal sanitario)		C. Institución
	Paciente	Personal de salud	
A.1. Comorbilidades psiquiátricas (trastornos de personalidad, desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias, trastorno psicoafectivo, trastorno bipolar, trastornos esquizoafectivos, trastornos del espectro autista)	B.9. El paciente no se adhiere al tratamiento farmacológico	B.17. Inasistencia del psiquiatra responsable	C.22. No se cuenta con los medicamentos
A.2. Comorbilidades neuropsiquiátricas (por ejemplo: epilepsia, enfermedad vascular cerebral, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, demencia, tumor cerebral, traumatismo craneoencefálico)	B.10. El paciente abandona el tratamiento voluntariamente	B.18. Inasistencia del personal de servicios asistenciales involucrados en la VAI (especificar)	C.23. Agenda de servicios saturada por alta demanda
A.3. Intolerancia a los medicamentos	B.11. Falta de recursos para adquirir los medicamentos	B.19. Profesional de salud involucrado en la VAI rehúsa atender al paciente	C.24. Falla en la coordinación entre los servicios involucrados en la VAI
A.4. Hospitalización por intento suicida	B.12. Indicaciones contradictorias de un médico ajeno a la institución		C.25. Extravío o mala calidad del expediente clínico
A.5. Efectos no deseados por tratamientos de neuroestimulación (por ejemplo: confusión, cefalea intensa, crisis hipertensivas, infarto agudo de miocardio, broncoaspiración)	B.13. Valores, mitos y creencias del paciente	<b>Familia</b>	C.26. Pérdida de la vigencia de derechos del paciente o requisito de gratuidad
A.6. Uso de corticoesteroides por cualquier causa (por ejemplo: enfermedades autoinmunes, infecciones respiratorias)	B.14. No asiste a las sesiones del programa psicoeducativo	B.19. Renuencia de la familia para que el paciente acuda al instituto	C.26. Cambios organizacionales
A.7. Cualquier condición médica que ponga en riesgo la vida o la función del paciente (que sea prioritaria por encima del trastorno depresivo mayor)	B.15. No asiste a las sesiones de psicoterapia	B.20. Valores, mitos y creencias de la familia	C.27. El equipamiento o las instalaciones requeridos para la atención del paciente no se encuentra disponible en ese momento (especificar)
A.8. Muerte del paciente	B.16. Conducta agresiva del paciente que implica riesgo para el equipo de atención involucrado en la VAI		

### 3. Hoja de información para paciente y familiares

La hoja de información al paciente es uno de los instrumentos básicos de las Vías de Atención Integrada. En ella se presentan, de manera gráfica y resumida, las principales actividades que forman parte del proceso de atención, las áreas o profesionales encargadas de llevarlas a cabo y la interacción entre ellos. Su objetivo es que sea una guía que indique al pa-

ciente el recorrido por el que deberá transcurrir durante su atención, de modo que sepa qué esperar y, en caso de que perciba que algo no está ocurriendo según lo previsto, solicite la aclaración y corrección necesaria. Se entrega al paciente en el momento en que ingresa a la vía o justo antes. En este caso, se recomienda que sea entregada en el primer o segundo nivel de atención, en la etapa de detección al momento de la referencia. A continuación, se muestra la hoja de información al paciente de la VAI-DRT.

## CALENDARIO DE CITAS

CITA	FECHA	ESPECIALISTA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		



Anote aquí el nombre del psiquiatra que le sea asignado en la unidad especializada

Anote aquí el nombre del gestor de caso que le sea asignado en la unidad especializada

Teléfonos importantes:

Correos electrónicos:

**TODO TRATAMIENTO REQUIERE DE  
CONSENTIMIENTO INFORMADO CON FIRMA**

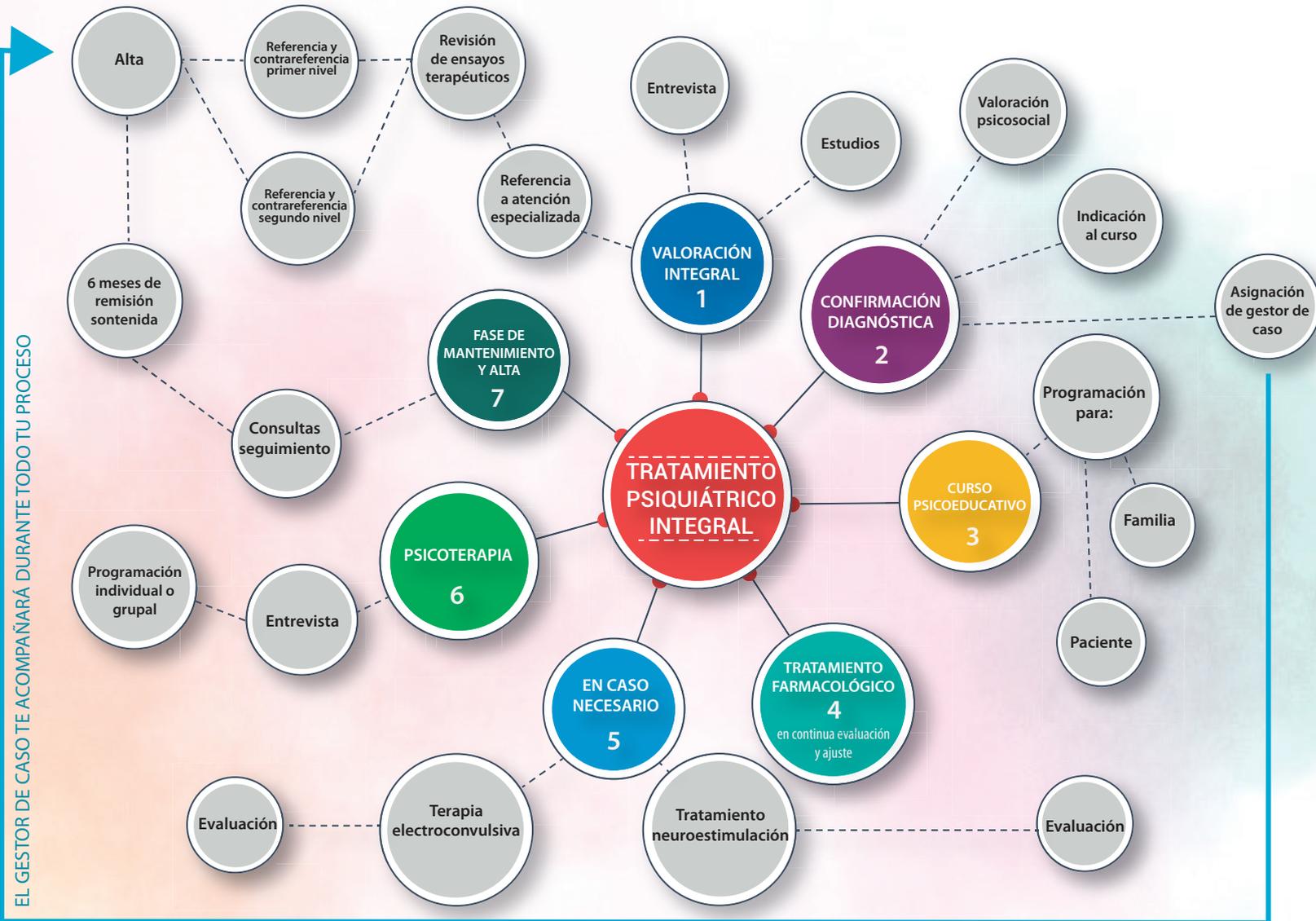
## VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA PARA PACIENTES CON DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE



#### **4. Encuesta sobre experiencia con la atención y calidad percibida**

En la implementación de las Vías de Atención Integrada es muy importante conocer, además del nivel de satisfacción de los pacientes atendidos, la experiencia que obtuvieron durante el proceso de atención. Es necesario verificar que, a los ojos de los pacientes, los aspectos clave de la vía se estén lle-

vando a cabo. Como ocurre con la hoja de variaciones, la encuesta de experiencia del paciente permite identificar en qué puntos la atención que recibe el paciente no corresponde a lo establecido en la vía, con miras a corregir el proceso o actualizar la propia vía. Enseguida se muestra la propuesta de encuesta de experiencia del paciente para la VAI-DRT. Se recomienda su aplicación a pacientes que hayan permanecido en la vía por lo menos durante seis meses.

Encuesta sobre experiencia con la atención y calidad percibida por el paciente Vía de Atención Integrada para la depresión resistente al tratamiento			
Nombre:			
Fecha:			
Expediente:			
1	¿Conoce el nombre del médico que lo atiende por depresión resistente al tratamiento?	Sí	No
2	¿Hay alguna persona del área de Trabajo Social o de Enfermería que lo esté apoyando mientras es atendido por depresión resistente al tratamiento?	Sí	No
3	¿Los profesionales que lo han atendido le explicaron detalladamente y de manera comprensible su diagnóstico?	Sí	No
4	¿Le explicaron los tratamientos a utilizar durante su proceso de atención?	Sí	No
5	¿Alguna vez recibió el curso psicoeducativo de ocho sesiones?	Sí	No
6	¿Acude o le han ofrecido que acuda a psicoterapia?	Sí	No
7	¿Le tomaron laboratorios de control durante el proceso de atención? (por ejemplo, biometría hemática, perfil tiroideo, examen general de orina, entre otros) No recuerdo <input type="checkbox"/>	Sí	No
8	¿Le tomaron estudios de gabinete de control durante el proceso de atención? (por ejemplo, resonancia magnética, electrocardiograma, entre otros) No recuerdo <input type="checkbox"/>	Sí	No
9	¿Ha tenido consulta de seguimiento con su psiquiatra máximo cada seis semanas?	Sí	No
10	¿Le entregaron en la primera consulta una hoja de información sobre el proceso de atención? No recuerdo <input type="checkbox"/>	Sí	No
11	<p>¿Qué tan satisfecho está con la atención recibida? (marque con un tache la opción que corresponda)</p>  <p><b>Muy insatisfecho    Insatisfecho    Neutral    Satisfecho    Muy satisfecho</b></p>		
12	¿Tiene algún comentario o sugerencia sobre la atención del programa?		

## VI.

# Flujogramas del proceso de atención

### 1. Flujograma básico: etapas o bloques de actividades

La VAI-DRT con la perspectiva general (sistémica) con que aquí se aborda inicia con la **detección** de pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) atendidos en unidades médicas de primer o segundo nivel que reúnan criterios diagnósticos que lleven a la sospecha de que se trata de DRT. Se ha planteado la necesidad de hacer partícipe al paciente en su propia valoración a través del llenado, con orientación de su médico, del formato de verificación de ensayos terapéuticos (Anexo 3).

Estos pacientes deben ser referidos al servicio especializado de Psiquiatría para la confirmación del diagnóstico; con apoyo del personal de Trabajo Social o de Enfermería, se gestiona la cita correspondiente y se asegura que el paciente, sus familiares o acompañantes cuenten con la información necesaria para acudir a ella puntualmente. Ya en la unidad especializada, el paciente debe participar en su proceso de atención acudiendo a las citas y respondiendo a las preguntas de los diversos especialistas que lo atenderán. En particular, se pone énfasis en la autoaplicación de la escala PHQ-9 para valorar la respuesta al tratamiento.

En la primera consulta en la unidad especializada, se lleva a cabo la **evaluación diagnóstica** del paciente por parte del psiquiatra y se proporcionan las **primeras indicaciones terapéuticas**, las cuales incluyen el tratamiento farmacológico, la partici-

pación en sesiones psicoeducativas y, si a juicio del psiquiatra y con base en los resultados de escalas y estudios el paciente podría verse beneficiado con tratamientos coadyuvantes como la psicoterapia o la neuroestimulación mediante terapia electroconvulsiva (TEC) o estimulación magnética transcraneal (EMT), se indican desde ese momento. En esta etapa se subraya la asignación de un profesional de las áreas de Enfermería o Trabajo Social como gestor de caso, un actor que se considera de gran importancia para facilitar la coordinación y la continuidad de la atención para este tipo de pacientes.

Después de la evaluación diagnóstica y de las indicaciones terapéuticas iniciales, tiene lugar la etapa de **seguimiento y evaluación de la intervención**. En caso de que no se hayan indicado en la etapa anterior, el psiquiatra indica psicoterapia y valora la conveniencia de prescribir alguna terapia de neuroestimulación. Bajo su coordinación y con el apoyo del gestor de caso, los diversos especialistas que participan en la atención al paciente verifican los resultados de las distintas terapias utilizadas y, de requerirse, realizan los ajustes necesarios con el propósito de beneficiar en la mayor medida posible al paciente.

Dado el tipo de padecimiento, es muy importante destacar la necesidad de valorar continuamente el riesgo de suicidio. Se considera que, desde el ingreso del paciente a la VAI-DRT, un año es un plazo máximo razonable para observar resultados en el sentido de la remisión de los síntomas.

Se recomienda realizar **sesiones multidisciplinarias** especiales para revisar los casos de pacientes que no muestren mejoría significativa. Se apuesta a que la discusión fundamentada contribuirá a identificar la mejor alternativa posible a la situación.

Cuando el paciente **deja de presentar criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor**, es decir, cuando los síntomas han entrado en remisión, se propone un periodo de seis meses de mantenimiento. Si después de este periodo la remisión continúa, se programa un periodo adi-

cional de seis meses en observación, en el que las citas podrán ser más espaciadas. Al final de este segundo periodo de seis meses, si el estado del paciente continúa, deja la VAI-DRT y se le contrarrefiere a la unidad de procedencia.

A continuación, se muestra nuevamente la figura 1, con el flujograma básico (general), y enseguida los diagramas de flujo correspondientes a cada una de las etapas. El apartado concluye con un cuadro en el que también se describen las actividades de cada etapa.

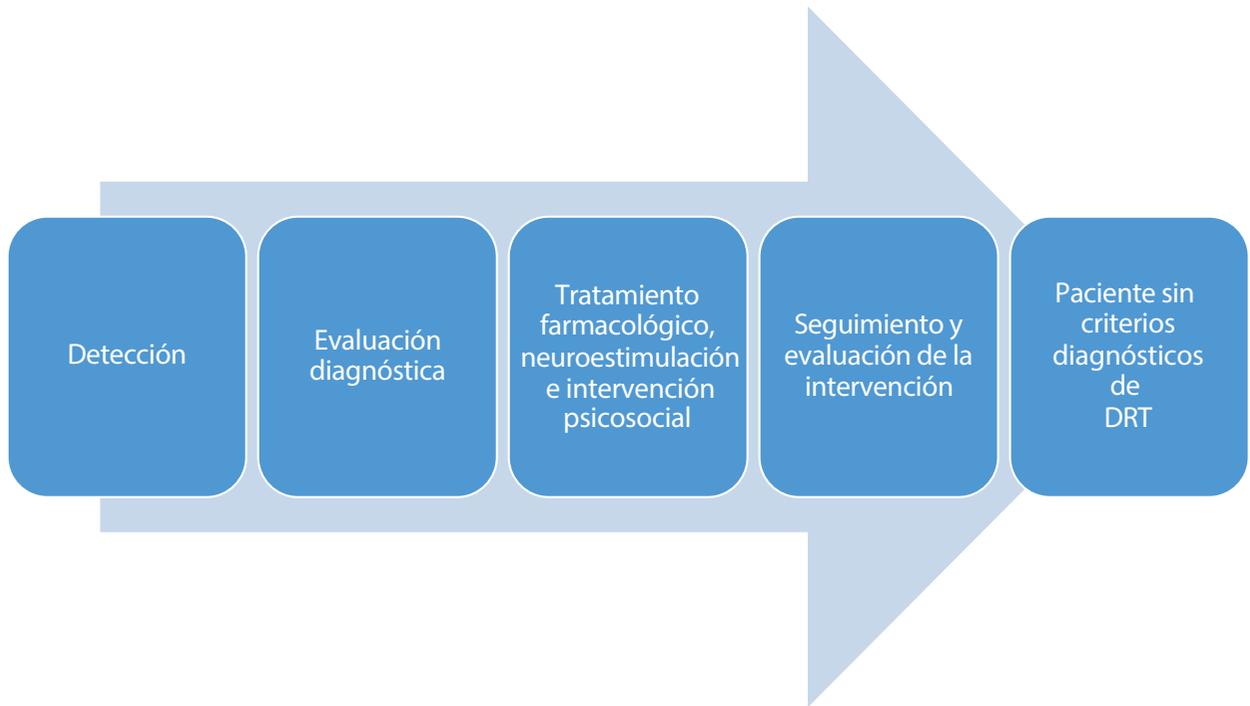
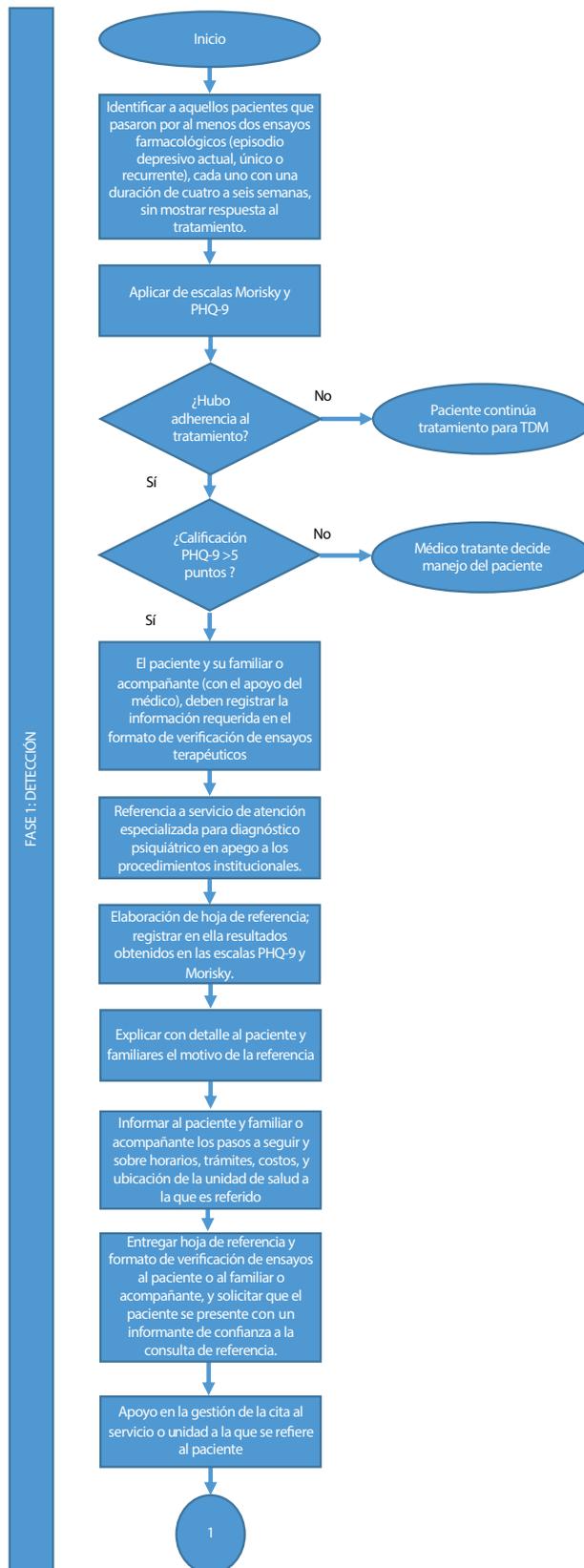
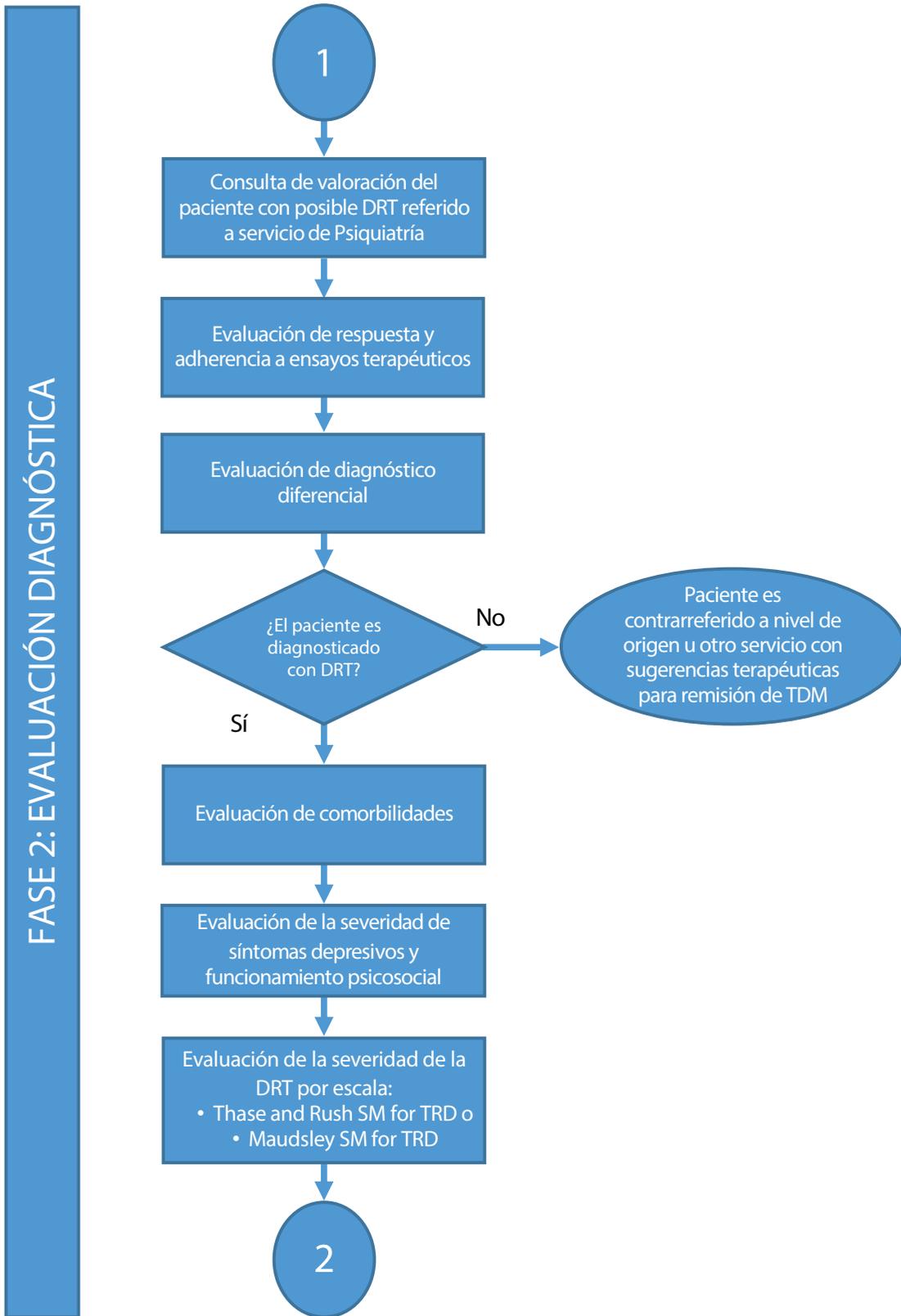


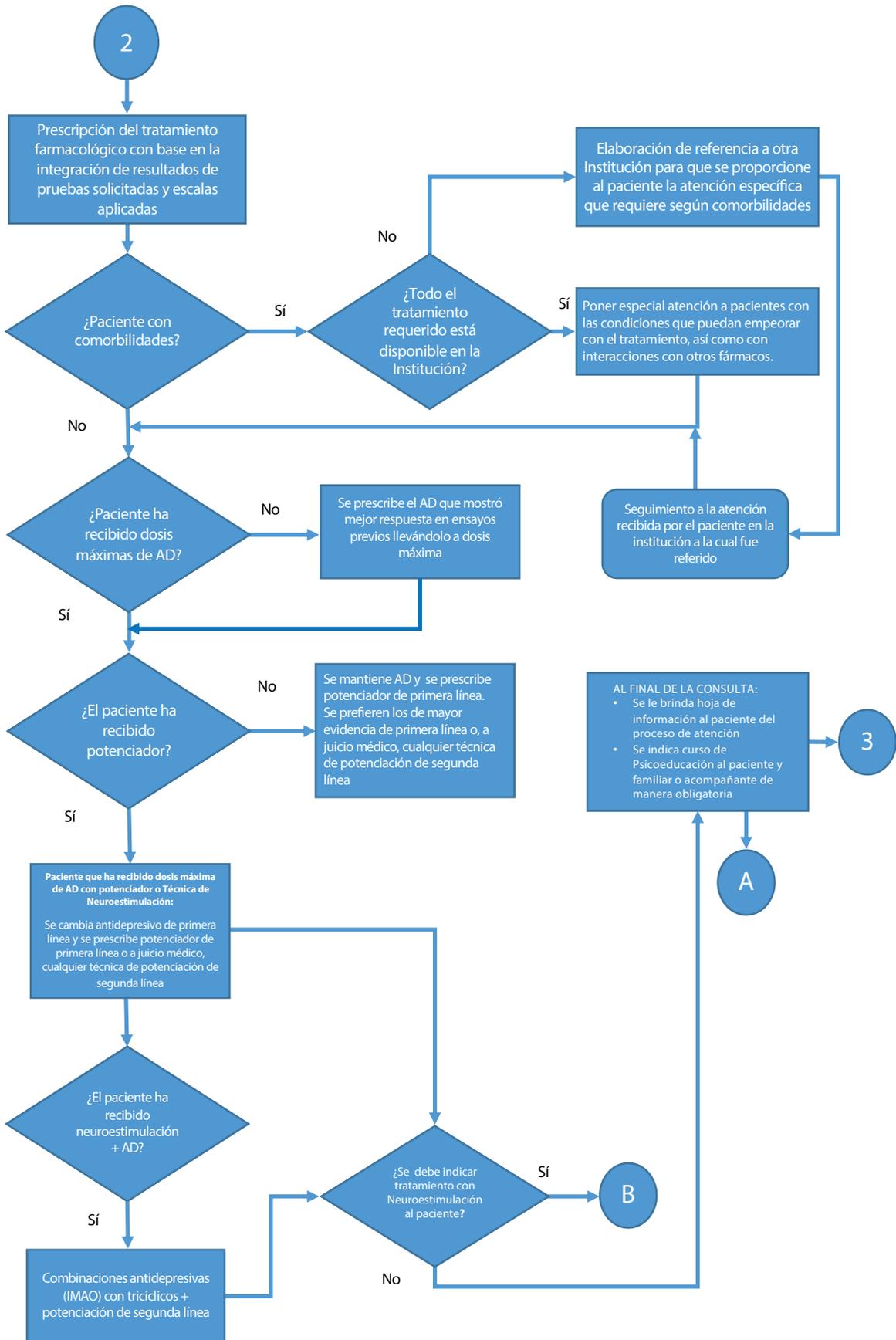
Figura 1. Flujograma básico de la Vía de Atención Integrada para Depresión Resistente al Tratamiento

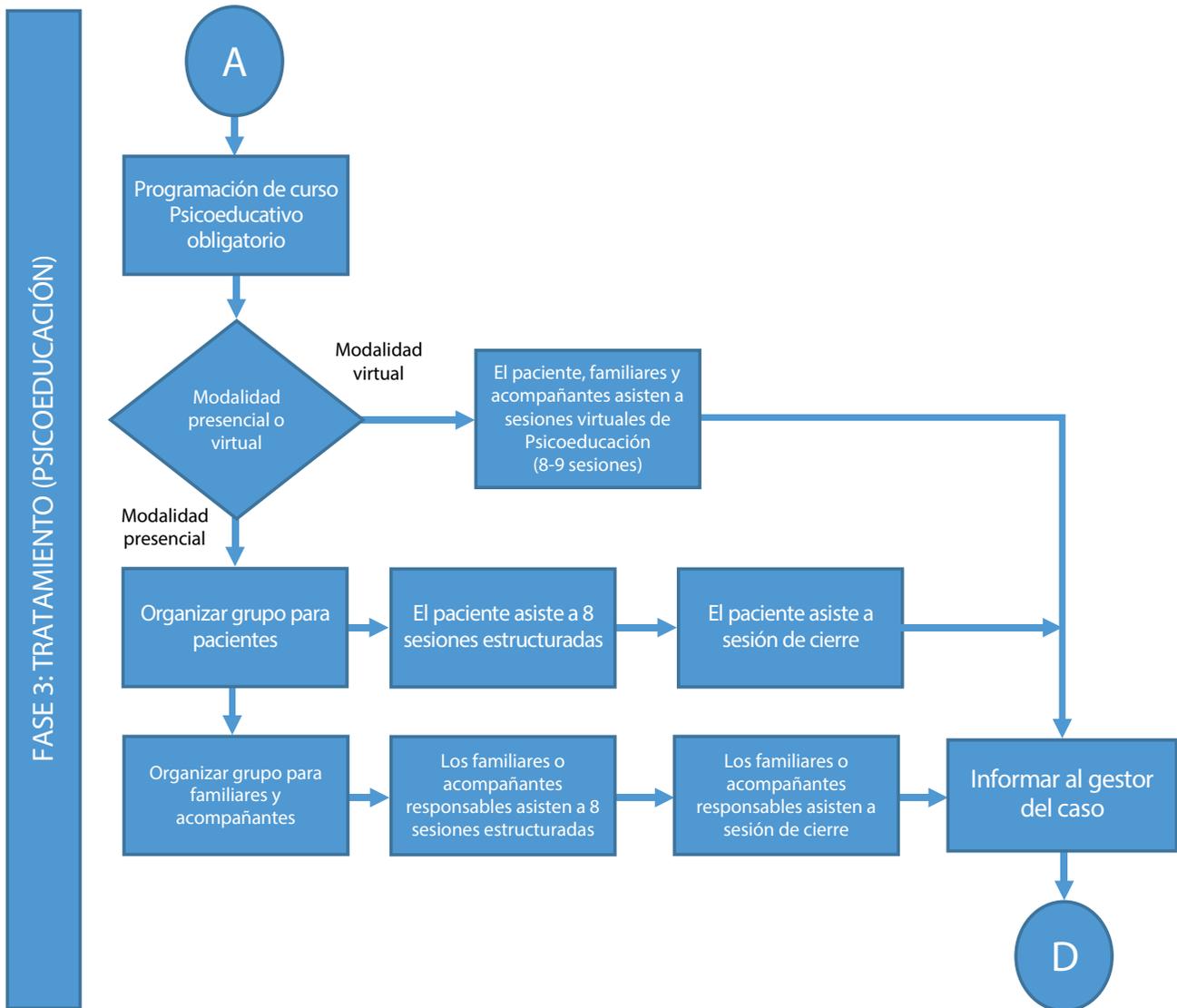
## 2. Flujoigramas detallados

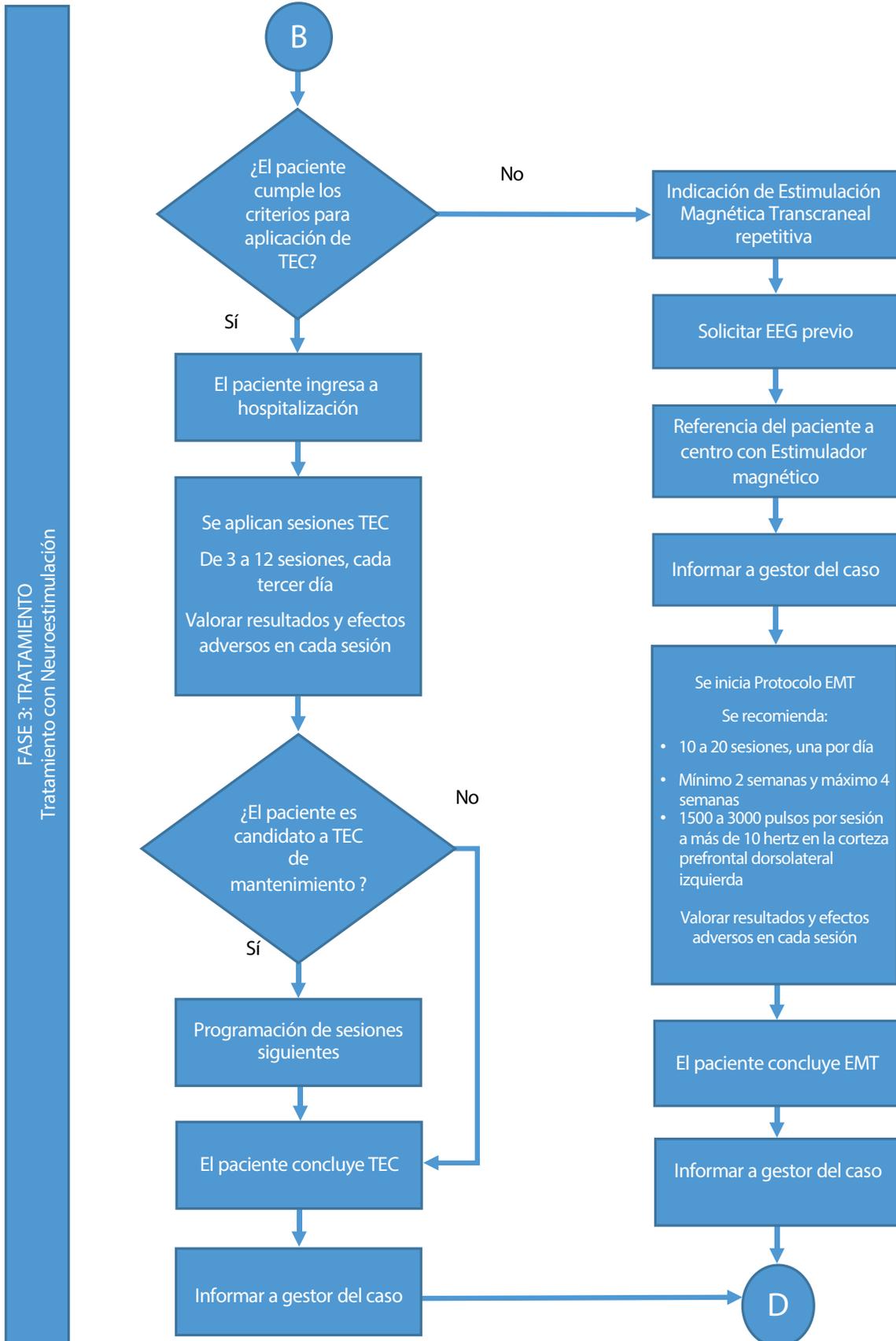




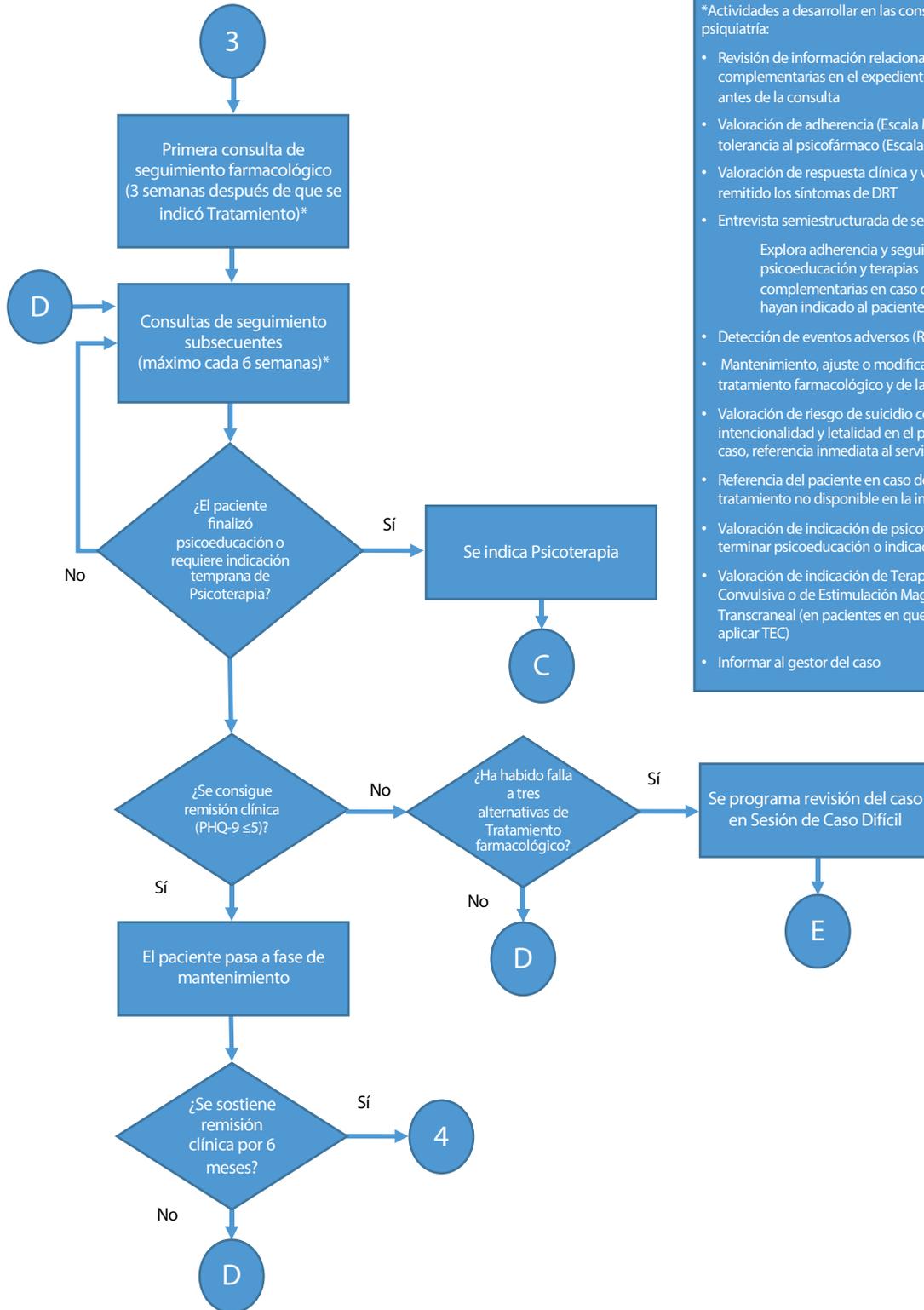
FASE 3: TRATAMIENTO (Farmacológico)



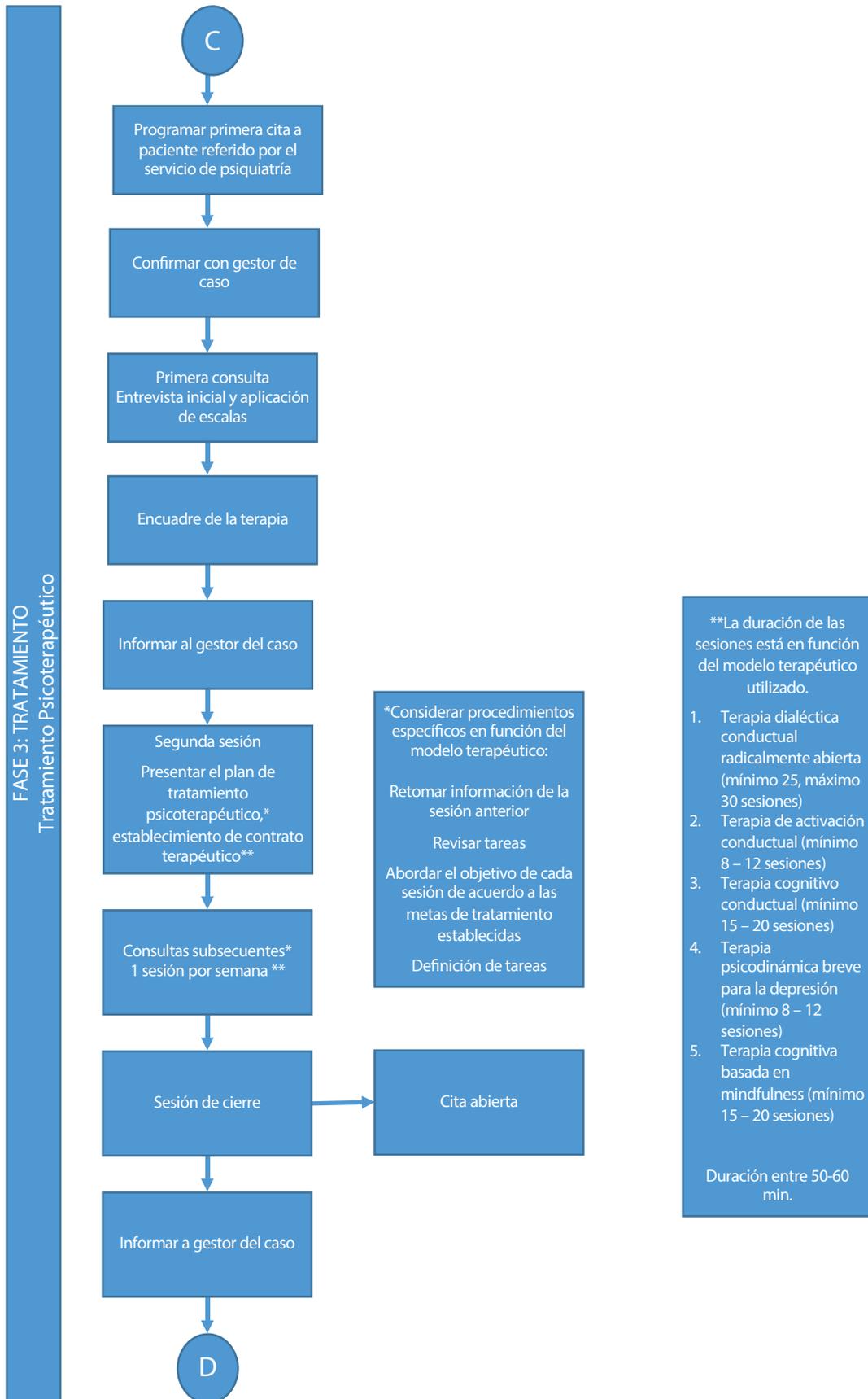


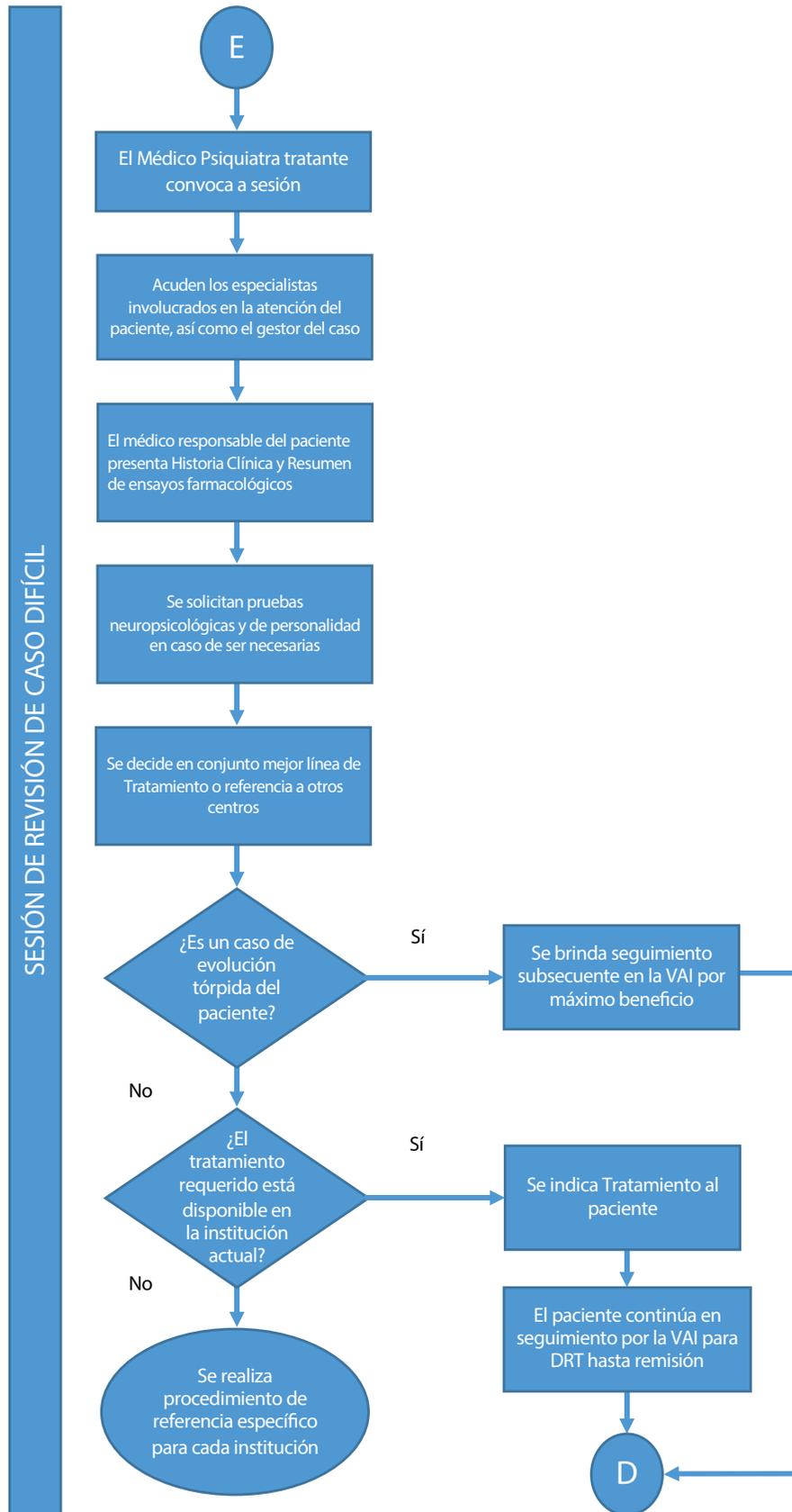


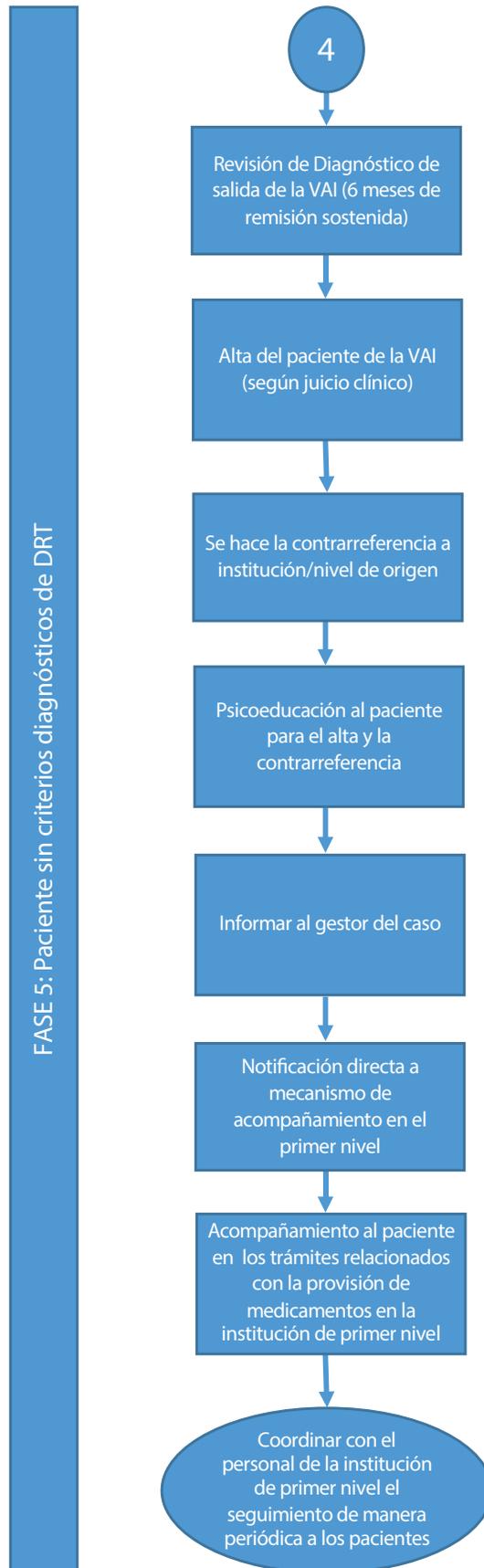
FASE 4: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN



- \*Actividades a desarrollar en las consultas de psiquiatría:
- Revisión de información relacionada con terapias complementarias en el expediente del paciente antes de la consulta
  - Valoración de adherencia (Escala MORISKY) y tolerancia al psicofármaco (Escala UKU)
  - Valoración de respuesta clínica y verificar si han remitido los síntomas de DRT
  - Entrevista semiestructurada de seguimiento:
    - Explora adherencia y seguimiento a psicoeducación y terapias complementarias en caso de que se le hayan indicado al paciente
  - Detección de eventos adversos (RAM)
  - Mantenimiento, ajuste o modificación de tratamiento farmacológico y de las otras terapias
  - Valoración de riesgo de suicidio con alta intencionalidad y letalidad en el paciente; en su caso, referencia inmediata al servicio de urgencias
  - Referencia del paciente en caso de requerir tratamiento no disponible en la institución actual
  - Valoración de indicación de psicoterapia (al terminar psicoeducación o indicación temprana)
  - Valoración de indicación de Terapia Electro Convulsiva o de Estimulación Magnética Transcraneal (en pacientes en que no sea posible aplicar TEC)
  - Informar al gestor del caso







### 3. Descripción detallada de las actividades del proceso según etapa y tipo de profesional

<b>Etapa 1:</b> DETECCIÓN/IDENTIFICACIÓN: identificar a la persona con probable diagnóstico de depresión resistente al tratamiento
<b>PROFESIONAL:</b> PSIQUIATRA O MÉDICO GENERAL, FAMILIAR O DE ESPECIALIDADES DISTINTAS DE LA PSIQUIATRÍA PREVIAMENTE CAPACITADOS O PSICÓLOGOS CLÍNICOS
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Identificar a los pacientes que pasaron por al menos dos ensayos farmacológicos (episodio depresivo actual, único o recurrente), cada uno con una duración de cuatro a seis semanas, sin mostrar respuesta al tratamiento. Al final de cada ensayo se deben aplicar las escalas PHQ-9 y Morisky.</li><li>· Un puntaje &gt;5 en PHQ-9 se interpreta como posible falta de respuesta al tratamiento y los pacientes deben pasar a la etapa de diagnóstico.</li><li>· Con el apoyo del médico, el paciente y su familiar o acompañante, deben registrar la información requerida en el formato de verificación de ensayos terapéuticos (Anexo 3): fármacos, dosis, duración, respuesta y tolerabilidad.</li><li>· Referir al paciente al servicio de atención especializada para diagnóstico psiquiátrico en apego a los procedimientos institucionales.</li></ul>
<b>PROFESIONAL:</b> TRABAJO SOCIAL O ENFERMERÍA
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Acompañar al paciente referido a servicio especializado para diagnóstico psiquiátrico.</li><li>· Asegurar que el paciente sea atendido en la unidad o servicio al que fue referido.</li></ul>
<b>Etapa 2:</b> EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: asegurar que el diagnóstico de depresión resistente al tratamiento es correcto y descartar a las personas que no tienen este diagnóstico
<b>PROFESIONAL:</b> PSIQUIATRA, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Realizar evaluación de respuesta a ensayos terapéuticos.</li><li>· Realizar diagnóstico diferencial y confirmación de diagnóstico de depresión resistente al tratamiento.</li><li>· Realizar evaluación de comorbilidades.</li><li>· Realizar evaluación de la severidad de síntomas depresivos y funcionamiento psicosocial del paciente.</li><li>· Realizar evaluación de la severidad de la depresión resistente al tratamiento.</li></ul>

<b>Etapa 3:</b>
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: prescripción basada en conocimiento científico actualizado que incremente la probabilidad de mejora de la salud del paciente
<b>PROFESIONAL:</b> PSIQUIATRA, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Prescribir el tratamiento farmacológico inicial según el resultado de la evaluación diagnóstica, con base en los tratamientos farmacológicos recomendados en las guías de práctica clínica para pacientes con depresión mayor.</li></ul>
Tratamiento para personas con depresión resistente al tratamiento sin comorbilidades: <ul style="list-style-type: none"><li>· <b>Paciente que no ha tenido dosis máximas de AD</b> Revisar el medicamento que produjo mayor mejoría y escalar a la dosis máxima tolerada.</li><li>· <b>Paciente que sí ha recibido dosis máxima de AD</b> Mantener el antidepresivo y prescribir un potenciador de primera línea (p. ej., Esketamina).</li><li>· <b>Paciente que ha recibido dosis máxima de AD con potenciador o técnica de neuroestimulación</b> Cambiar el antidepresivo de primera línea y prescribir potenciador de primera línea (p. ej., Esketamina) o a juicio médico, cualquier técnica de potenciación de segunda línea.</li><li>· <b>Paciente que ya recibió TEC+AD</b> Combinaciones antidepresivas (IMAO) con tricíclicos + potenciación de segunda línea.</li></ul>
Se deberá poner especial atención a los pacientes que cumplan con las condiciones que puedan empeorar con el tratamiento,* así como con interacciones con otros fármacos.
*Por ejemplo: Síndrome metabólico, síndrome convulsivo o epilepsia, dolor, embarazo o lactancia, consumo de sustancias psicoactivas, síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de deterioro cognitivo, antecedentes cardiovasculares. <ul style="list-style-type: none"><li>· Referir al paciente en caso de que requiera tratamiento que no esté disponible en la institución actual.</li><li>· Explicar al paciente el sistema de seguimiento continuo por parte de la institución de salud:<ul style="list-style-type: none"><li>- Informar al paciente el esquema temporal básico del tratamiento y seguimiento de acuerdo con su condición.</li><li>- Informar al paciente que se le contactará antes de su próxima visita para conocer su evolución.</li><li>- Explicar al paciente cuáles son sus opciones en caso de necesitar ayuda antes de su siguiente consulta.</li></ul></li><li>· Asignar un gestor de caso.</li><li>· Informar al gestor de caso el plan de seguimiento del paciente.</li></ul>

Continua...

... continuación

**PROFESIONAL: TRABAJO SOCIAL O ENFERMERÍA CAPACITADOS EN ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN FUNCIONES DE GESTIÓN DE CASO**

**Actividades:**

- Realizar una entrevista inicial con el familiar y el paciente.
- Aclarar las dudas del paciente y su familiar o acompañante.
- Contactar a la unidad médica que refirió al paciente.
- Orientar al familiar o acompañante del paciente.
- Confirmar un día antes la asistencia a las citas.
- Especificarle al paciente y a su familiar o acompañante cuáles son los síntomas que ameritan que el paciente acuda a urgencias:
  - Conducta suicida (intento de suicidio e incremento de pensamientos suicidas)
  - Cuadro severo de ansiedad
  - Alteración de los signos vitales que no responden a maniobras habituales de control (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria)
  - Dolor abdominal inexplicable
- El gestor de caso es responsable de facilitar tanto la coordinación de la atención del paciente con el equipo multidisciplinario como la comunicación entre ellos durante todo el proceso de atención.

**TRATAMIENTO CON NEUROESTIMULACIÓN**

**PROFESIONAL: PSIQUIATRA, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA**

**Actividades:**

- Indicar estimulación magnética transcraneal repetitiva en pacientes que han recibido dosis máxima de AD con potenciador (p. ej., Esketamina). Considerado especialmente en pacientes en los que no sea posible aplicar TEC.
- Iniciar protocolo de terapia electroconvulsiva (TEC) en pacientes que han recibido dosis máxima de AD con potenciador (Tase and Rush IV) sin contraindicaciones, o pacientes con ideación suicida persistente. De acuerdo con el Manual Clínico para TEC, APA 2010 o Cambridge.
  - No indicar estimulación del nervio vago salvo en casos excepcionales
  - No indicar estimulación profunda salvo en casos excepcionales
  - No indicar estimulación por corriente directa
- Informar al gestor de caso.

Continua...

... continuación

<b>TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO</b>
<b>PROFESIONAL:</b> PSIQUIATRA, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Indicar psicoeducación.</li><li>· Indicar tratamiento psicoterapéutico junto al farmacológico (cuando el paciente concluye curso de psicoeducación).<ul style="list-style-type: none"><li>- Ante la detección de las condiciones que se enlistan a continuación se recomienda el inicio temprano de psicoterapia:<ul style="list-style-type: none"><li>- Conductas de riesgo, asociadas a impulsividad</li><li>- Problemas interpersonales</li><li>- Problemas para la regulación de las emociones (alta impulsividad)</li><li>- Ideación suicida leve</li><li>- Cualquier estresor psicosocial que implique resolución de problemas</li><li>- Estilo atribucional desadaptativo</li></ul></li></ul></li><li>· Informar al gestor de caso.</li></ul>
<b>TRATAMIENTO CON NEUROESTIMULACIÓN</b>
<b>SESIONES DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA</b>
<b>PROFESIONAL:</b> Personal especializado en terapia electroconvulsiva (TEC)
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· El paciente ingresa a hospitalización.</li><li>· Aplicar TEC.</li><li>· Valorar resultados y efectos adversos.</li><li>· Determinar si el paciente es candidato a TEC de mantenimiento.</li><li>· Registrar la información en el expediente del paciente.</li><li>· Informar a gestor del caso.</li></ul>
<b>SESIONES DE ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL</b>
<b>PROFESIONAL:</b> Personal especializado del Centro de Estimulación Magnética
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Realizar estimulación magnética transcraneal. Se recomiendan de 10 a 20 sesiones una por día; durante mínimo dos semanas y máximo cuatro semanas</li><li>· (de 1 500 a 3 000 pulsos por sesión a más de 10 hertz en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda).</li><li>· Valorar resultados y efectos adversos.</li><li>· Registrar la información en el expediente del paciente.</li><li>· Informar al gestor de caso.</li></ul>

Continua...

... continuación

<b>TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO</b>
<b>SESIONES DE PSICOEDUCACIÓN</b>
<b>PROFESIONAL:</b> PSICOLOGÍA, PSICOTERAPIA, RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Organizar grupo para pacientes.</li><li>· Organizar grupo para familiares o acompañantes responsables.</li><li>· Registrar la información en el expediente del paciente.</li></ul> <p>Se sugieren ocho sesiones estructuradas para cada grupo, más una sesión de cierre. Así como considerar su aplicación en modalidades en línea o presencial.</p> <p>Aplicar las guías elaboradas por el INPRFM Guía psicoeducativa para el personal de salud para pacientes que sufren depresión (para su acceso, debe solicitarse autorización al INPRFM).</p>
<b>SESIONES DE PSICOTERAPIA</b>
<b>PROFESIONAL:</b> PSICÓLOGO, PSICOTERAPEUTA
<b>Actividades en la primera sesión:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Aplicar instrumentos de medición:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Para evaluación de sintomatología, aplicar HAM-D o se consultan resultados si la escala se aplicó entre las dos semanas previas; GAD-7.</li><li>b) Funcionamiento general: Escala de evaluación de la actividad global.</li></ol></li><li>· Realizar una entrevista inicial.</li><li>· Realizar el encuadre de la terapia.</li><li>· Registrar la información en el expediente del paciente.</li><li>· Informar al gestor de caso.</li></ul>
<b>Actividades en las sesiones subsecuentes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Se llevarán a cabo cada semana.</li><li>· La duración está en función del modelo terapéutico utilizado:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Terapia dialéctica conductual radicalmente abierta (mínimo 25, máximo 30 sesiones)</li><li>2. Terapia de activación conductual (mínimo 8, máximo 12 sesiones)</li><li>3. Terapia cognitivo conductual (mínimo 15, máximo 20 sesiones)</li><li>4. Terapia psicodinámica breve para la depresión (mínimo 8, máximo 12 sesiones)</li><li>5. Terapia cognitiva basada en mindfulness (mínimo 15, máximo 20 sesiones)</li></ol></li></ul> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· En la segunda sesión, presentar el plan de tratamiento psicoterapéutico; establecer el contrato terapéutico.</li><li>· Retomar información de la sesión anterior.</li><li>· Revisar tareas.</li><li>· Abordar el objetivo de cada sesión de acuerdo con las metas de tratamiento establecidas.</li><li>· Definir tareas.</li><li>· Considerar procedimientos específicos en función del modelo terapéutico.</li><li>· Registrar la información en el expediente del paciente.</li><li>· Informar al gestor de caso.</li></ul>

#### **Etapa 4:**

#### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

#### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

#### **SESIONES DE SEGUIMIENTO**

#### **PROFESIONAL: PSIQUIATRA, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA**

#### **Actividades:**

- Revisar la información relacionada con terapias complementarias en el expediente del paciente antes de la consulta.
- Realizar valoración de adherencia (Escala Morisky) y tolerancia al psicofármaco (Escala UKU).
- Aplicar la entrevista o la escala PHQ-9 para valoración de respuesta clínica y verificar si han remitido los síntomas de depresión resistente al tratamiento.
- Detectar eventos adversos (RAM).
- Valorar resultados de tratamientos coadyuvantes, en especial ante efectos iatrogénicos.
- Recomendar psicoterapia y otras terapias coadyuvantes (neuroestimulación), que no se hayan recomendado previamente, o su continuidad.
- El plazo entre consultas de seguimiento podrá abreviarse en función de los siguientes factores:
  - Agravamiento de síntomas
  - Falta de respuesta a dos ensayos terapéuticos + potenciador (ej. Esketamina)
  - Si el paciente requiere ayuda antes de la cita programada
- Referir inmediatamente al paciente al servicio de urgencias, si se identifica riesgo de suicidio con alta intencionalidad y letalidad.
- Mantener, ajustar o modificar el tratamiento:  
De acuerdo con el puntaje obtenido en la aplicación de las escalas, calcular la mejora de los síntomas del paciente.
  - Si se obtiene una mejora mayor o igual al 50% en la escala PHQ-9, continuar con el mismo tratamiento farmacológico.
  - Si la mejora es menor al 50% en PHQ-9:
    - Ajustar el tratamiento inicial a la dosis máxima o combinar tratamientos.
    - Si la dosis inicial era la dosis máxima, modificar el tratamiento.
- Si durante cualquier consulta de seguimiento se consigue remisión clínica de la depresión resistente al tratamiento (puntaje  $\leq 5$  en escala PHQ-9), pasar al paciente a la fase de mantenimiento por seis meses, y mantenerlo con el mismo tratamiento farmacológico con el que alcanzó la remisión clínica.
- Si el paciente continúa en remisión de depresión resistente al tratamiento durante seis meses, se determina que hay una remisión sostenida.
- Informar al gestor de caso.
  - El número mínimo de consultas subsecuentes deberá ser seis.
  - El número máximo de consultas subsecuente dependerá de lo siguiente:
    - Remisión o mejora de los síntomas del paciente
    - Identificación de la imposibilidad de mejora, después de haber agotado los recursos psicofarmacológicos para la atención del paciente.
- Consultas de seguimiento subsecuentes, no más de seis semanas después de la consulta anterior de seguimiento dependiendo de la evolución del paciente.

Continua...

... continuación

<b>SESIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA REVISIÓN DE CASOS DIFÍCILES</b>
<b>PROFESIONAL:</b> PSIQUIATRA, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA, ESPECIALISTAS INVITADOS, GESTOR DE CASO
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· El médico psiquiatra tratante convoca a esta sesión.</li><li>· Acuden los especialistas involucrados en la atención del paciente, así como el gestor de caso.</li><li>· El médico responsable del paciente presenta la historia clínica y el resumen de ensayos farmacológicos.</li><li>· Se solicitan pruebas neuropsicológicas y de personalidad, en caso de ser necesarias.</li><li>· Se decide en conjunto la mejor línea de tratamiento o referencia a otros centros para recibir tratamientos que se consideren necesarios y que no estén disponibles en la institución, por ejemplo, psicocirugía o neuromoduladores.</li></ul> <p style="text-align: center;">O bien,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· En casos de evolución tórpida del paciente, cuando se determina que el paciente no alcanzará remisión con los métodos médicos actuales, por máximo beneficio, se brinda seguimiento subsecuente por la Vía de Atención Integrada.</li></ul>

<b>Etapa 5:</b>
<b>PACIENTE SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO</b>
<b>PROFESIONAL:</b> PSIQUIATRA, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Revisar el diagnóstico de salida:</li><li>· Cuando el paciente cumple seis meses en remisión sostenida se da de alta de la Vía de Atención Integral.</li><li>· Hacer la contrarreferencia a la institución/nivel de origen.</li><li>· Informar al gestor de caso.</li><li>· Indicar psicoeducación al paciente para el alta y la contrarreferencia.</li></ul>
<b>PROFESIONAL:</b> TRABAJO SOCIAL O PERSONAL DE ENFERMERÍA CAPACITADOS EN ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN FUNCIONES DE GESTIÓN DE CASO
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Notificar directamente a mecanismo de acompañamiento en el primer nivel</li><li>· mediante una solicitud de cambio de nivel enviado al acompañante del primer nivel que permita asegurar que éste está enterado del retorno del paciente.</li><li>· Acompañar al paciente y familiar o acompañante para llevar a cabo los trámites relacionados con la provisión de los medicamentos que requerirá para su atención en la institución de primer nivel.</li><li>· En caso de que sea necesario, seguir en contacto con el paciente y familiar o acompañante.</li><li>· Coordinar con el personal de la institución de primer nivel el seguimiento de manera periódica a los pacientes e identificar los casos en los que se requiera apoyo especial (red de apoyo, familiares y acompañantes).</li></ul>

## VII.

# Indicadores para la evaluación de la Vía de Atención Integrada para la depresión resistente al tratamiento

La monitorización de la VAI-DRT es indispensable para dar seguimiento al proceso y resultados de la atención. Se diseñaron indicadores de calidad de algunos de los atributos que fue necesario destacar para buscar la realización de los procesos de la mejor manera, en beneficio de los pacientes con DRT. Estos atributos son efectividad, oportunidad, seguridad y atención centrada en la persona. La efectividad se refiere a la aplicación del conocimiento profesional actual lo cual, se supone, incrementa la probabilidad de obtener los resultados deseados; la oportunidad consiste en la prevención de retrasos que pudieran resultar perjudiciales para los pacientes, para los profesionales que los atienden y para el propio proceso de atención; la seguridad se traduce en la realización de medidas que reduzcan los riesgos y daños para los pacientes que puedan ser atribuidos a la atención que se les proporciona, y finalmente, la atención centrada en la persona alude al diseño y ejecución de procesos de atención que tomen en consideración las necesidades, creencias, costumbres, preferencias e idiosincrasia de los pacientes y de sus entornos familiares y comunitarios (World Health Organization, 2018).

De igual forma, se buscó contar con indicadores para cada etapa del macroproceso: detección, evaluación diagnóstica, tratamiento, seguimiento, y finalmente alcanzar el alta al ser un paciente sin criterios de inclusión al programa de DRT.

Dado que esta VAI tiene carácter general y de aplicación al Sistema Nacional de Salud, será ne-

cesario desarrollar indicadores que apliquen al sistema, esto es, que permitan monitorizar qué está ocurriendo en los diferentes niveles de atención de las diferentes instituciones. Un ejemplo puede ser el acceso a la atención especializada y la oportunidad de envío desde los niveles de atención más cercanos a la comunidad, el apoyo de las instituciones cuando esta atención implica traslados desde ubicaciones distantes, tanto para el paciente como para su acompañante, la posibilidad de atención integral, si es difícil el traslado, y la contrarreferencia y seguimiento de las indicaciones de la especialidad, como mínimo.

En total se construyeron 24 indicadores. Todos ellos se refieren a puntos clave de la atención determinados a partir de la evidencia o a innovaciones propuestas. Algunos ejemplos:

- El indicador 1 permitirá medir qué tanto los médicos de primer y segundo nivel fundamentan correctamente las referencias con la revisión de la adherencia terapéutica y la severidad de los síntomas mediante la aplicación, respectivamente, de las escalas Morisky y PHQ-9. La intención es que sean referidos los pacientes que lo requieran y no aquellos que muestran síntomas quizá porque no mostraron una adherencia terapéutica adecuada (Arrieta et al., 2017; Saldivia et al., 2019; Valencia-Monsalvez, et al., 2017).
- La asignación de un profesional de Trabajo Social o Enfermería como gestor de caso de los pacientes con diagnóstico confirmado de DRT es una innovación que se fundamenta en la ne-

cesidad de proporcionar apoyo a estos pacientes para facilitar su tránsito por los diversos servicios que implica la atención de su padecimiento, lo cual será evaluado con el indicador 6 (Gensichen et al., 2006).

- Hay evidencia que indica que el lapso entre consultas psiquiátricas de seguimiento para este tipo de pacientes no debe ser mayor a seis semanas. Se ha observado que períodos más amplios se asocian con un incremento en el riesgo de suicidio. Lo anterior fue la base para proponer el indicador 14, que se refiere, pre-

cisamente al tiempo entre consultas de seguimiento (Machado et al., 2010).

- La valoración del riesgo de suicidio es prioritaria en este tipo de pacientes y debe realizarse en cada consulta psiquiátrica, lo cual se considera en el indicador 20 (Reutfors et al., 2019).

Enseguida se presenta la lista de indicadores que corresponden a cada una de las etapas de la VAI, así como el atributo de la calidad de la atención al que se refieren. Las fichas técnicas de cada indicador se muestran en el Anexo 2.

## VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA PARA DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO

### LISTA DE INDICADORES

Número	Etapas	Nombre del indicador	Atributo
1	Detección	Pacientes con depresión mayor cuyo episodio actual, único o recurrente, no muestra respuesta al tratamiento; correctamente valorados y referidos desde el primer o segundo nivel de atención a servicio de Psiquiatría	Efectividad
2	Detección	Citas de valoración programadas en un plazo no mayor a 15 días desde la referencia	Oportunidad
3	Evaluación diagnóstica	Pacientes con depresión mayor valorados correctamente en la consulta de valoración de Psiquiatría	Efectividad
4	Evaluación diagnóstica	Pacientes diagnosticados con depresión resistente al tratamiento (DRT) con valoración de la severidad	Efectividad
5	Evaluación diagnóstica	Pacientes con DRT con comorbilidades médicas o psiquiátricas correctamente identificadas	Efectividad
6	Evaluación diagnóstica	Pacientes con DRT con gestor de caso asignado en consulta de valoración	Atención centrada en la persona
7	Tratamiento	Pacientes con DRT referidos correctamente para la atención de comorbilidades médicas o psiquiátricas	Efectividad
8	Tratamiento	Pacientes con DRT con prescripción de tratamiento integral de acuerdo con la severidad de la DRT	Efectividad
9	Tratamiento	Asistencia a curso de psicoeducación especializada sobre la DRT	Efectividad
10	Tratamiento	Pacientes con DRT con tratamiento psicoterapéutico	Efectividad
11	Tratamiento	Pacientes con DRT que han fallado a tres alternativas de tratamiento farmacológico cuyos casos son presentados en sesión multidisciplinaria para revisión de casos difíciles	Efectividad
12	Tratamiento	Indicación adecuada de terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal repetitiva	Efectividad
13	Seguimiento	Valoración de adherencia terapéutica en DRT	Efectividad
14	Seguimiento	Consultas de seguimiento para pacientes con DRT programadas en un tiempo menor o igual a 6 semanas respecto a la consulta previa	Oportunidad
15	Seguimiento	Pacientes con DRT que mantienen al menos el 75% de la asistencia a citas de seguimiento	Efectividad
16	Seguimiento	Pacientes con DRT que alcanzan la remisión clínica en un tiempo menor o igual a un año	Oportunidad
17	Seguimiento	Pacientes con DRT que abandonan el tratamiento	Atención centrada en la persona
18	Seguimiento	Cambio de medicamento por efectos secundarios al tratamiento farmacológico	Seguridad
19	Seguimiento	Suicidios en pacientes con DRT	Resultado
20	Seguimiento	Valoración de riesgo suicida del paciente con DRT	Efectividad
21	Seguimiento	Indicación de hospitalización ante riesgo suicida del paciente con DRT	Efectividad
22	Seguimiento	Hospitalización de pacientes con DRT con riesgo alto de suicidio	Efectividad
23	Pacientes sin criterios diagnósticos de DRT	Pacientes con DRT que son dados de alta hasta con seis meses de remisión sostenida	Efectividad
24	Pacientes sin criterios diagnósticos de DRT	Recurrencia en pacientes con DRT dentro de los 12 meses posteriores al alta	Efectividad

## VIII.

# Consideraciones finales

**E**ste documento contiene los avances de un primer acercamiento para desarrollar una Vía de Atención Integrada en el campo de los servicios de salud mental, en especial, para la atención psiquiátrica a pacientes con Depresión Resistente al Tratamiento. La complejidad que implica el tratamiento especializado a los pacientes con este tipo de diagnóstico se refleja, en parte, en la diversidad de profesionales que en él participan, así como en la variedad de técnicas terapéuticas que se pueden emplear, y se vuelve aún más complejo si tomamos en cuenta la interacción entre niveles de atención desde la perspectiva, más amplia, del sistema de salud, como fue el caso. De este modo, la VAI-DRT constituye una iniciativa pionera por el ámbito de su aplicación, la atención psiquiátrica, por su enfoque en el nivel del sistema de salud, y por el hecho de que la experiencia en el uso de este tipo de herramientas para planificar los servicios de salud en México y América Latina aún es incipiente.

No obstante el compromiso y la disposición del grupo de especialistas que participaron en este ejercicio, quedaron algunas tareas pendientes por realizar, principalmente, por razones de tiempo. Por un lado, en cuanto al diseño de la vía en sí mismo, está la deuda de profundizar el análisis del funcionamiento del sistema en red (jurisdiccional o estatal) para la atención de estos pacientes. Si bien se alcanzó a establecer alguna propuesta en cuanto a la interacción entre el primer y el segun-

do nivel con la atención especializada en la etapa inicial de la vía, en la parte final, la contrarreferencia apenas quedó esbozada. En el mismo sentido, los indicadores que se plantearon están enfocados casi exclusivamente al proceso de atención que ocurre en unidades que cuentan con el servicio de psiquiatría; sólo los dos primeros se refieren, uno, a la actividad de detección que tiene lugar en el primer y segundo nivel, y el otro al lapso entre el momento de la referencia y la fecha programada para la cita de valoración diagnóstica en una unidad especializada (lo cual, por cierto, por el esfuerzo de coordinación que implica, no es cosa menor).

Por otro lado, en relación con las fases de la elaboración de una Vía de Atención Integrada, aún es necesario llevar a cabo la evaluación basal con los indicadores propuestos, así como una prueba piloto del proceso y los instrumentos de apoyo y seguimiento que fueron diseñados. Como consecuencia de lo anterior, también ha quedado pendiente la formulación del plan para implementar la vía y la propia implementación. Para saldar esta deuda, sería necesario contar con la voluntad y el apoyo de autoridades de diversos niveles del sistema, que estuvieran dispuestas a destinar tiempo y algunos recursos para promover acciones que, además de mejorar la calidad de la atención a personas con DRT, muy probablemente repercutirán en un mejor desempeño del sistema en su conjunto.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2010) Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodríguez-Gutiérrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., y Franke, M. F. (2017). Validity and utility of the patient health questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, Mexico: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1076-1090, <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
3. Bennabi, D., Charpeaud, T., Yrondi, A., Genty, J. B., Destouches, S., Lancrenon, S., Alaïli, N., Bellivier, F., Bougerol, T., Camus, V., Dorey, J. M., Doumy, O., Haesebaert, F., Holtzmann, J., Lançon, C., Lefebvre, M., Moliere, F., Nieto, I., Rabu, C., Richieri, R., Schmitt, L., Stephan, F., Vaiva, G., Walter, M., Leboyer, M., El-Hage, W., Llorca, P. M., Courtet, P., Auizerate, B. y Haffen E. (2019). Clinical guidelines for the management of treatment-resistant depression: French recommendations from experts, the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the foundation FondaMental. *BMC Psychiatry*, 19(262), 1-12, <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2237-x>
4. Bermejo, I., Schneider, F., Kriston, L., Gaebel, W., Hegerl, U., Berger, M. y Härter, M. (2008). Improving outpatient care of depression by implementing practice guidelines: a controlled clinical trial. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 29-36, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn050>
5. CANMAT Depression Work Group. (2016). Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3: Pharmacological Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 540-560. <https://doi.org/10.1177/0706743716659417>
6. Cipriani, A., Furukawa, T., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H., Turner, E., Higgins, J., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. y Geddes, J. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 391(10128), 1357-1366, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
7. Corrales, A., Cetkovich-Bakmas, M., Corral, R., García-Bonetto, G., Herbst, L., Lupo, C., Morra, C., Mosca, D., Sejilevich, S., Vilapriño, J., Vilapriño, M. y Vázquez, G. (2020). Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 31(supl 1), 1-40.
8. Cortés, E., Ramírez, M., Olvera, J. y Arriaga, Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
9. Dold, M., Bartova, L. y Kasper, S. (2020). Treatment response of add-on esketamine nasal spray in resistant major depression in relation to add-on second-generation antipsychotic treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(7), 440-445, <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa034>
10. Fekadu, A., Donocik, J. y Cleare, A. (2018). Standardisation framework for the Maudsley staging method for treatment resistance in depression. *BMC Psychiatry*, 18, 100, <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1679-x>
11. Fierro N. (s.f). Manejo de Casos y Continuidad de Cuidados en Salud Mental. Curso Gestión de Casos. Departamento de Salud Mental, SS Aconcagua.
12. Gensichen, J., Beyer, M., Muth, C., Gerlach, F., Korff, M. y Ormel, J. (2006). Case management to improve major depression in primary health care: A systematic review. *Psychological Medicine*, 36(1), 7-14, <https://doi.org/10.1017/S0033291705005568>
13. Härter, M., Bermejo, I., Ollenschläger, G., Schneider, F., Gaebel, W., Hegerl, U., Niebling, W. y Berger, M. (2005). Improving quality of care for depression: The German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(2), 113-119, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi089>
14. Heinze, G. y Camacho, P. (2020). Guía Clínica para el Manejo de la Depresión. Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
15. Hicks, P., Sevilimedu, V., Johnson, G., Tal, I., Chen, P., Davis, L., Vertrees, J., Mohamed, S. y Zisook, S. (2019). Predictability of nonremitting depression after first 2 weeks of antidepressant treatment: A VAST-D Trial Report. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 1(2), 58-67, <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190003>
16. Ijaz, S., Davies, P., Williams, C., Kessler, D., Lewis, G. y Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment resistant depression in adults. Cochrane Systematic Review – Intervention. *Cochrane Database of Systematic Review*, 5, CD010558, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>
17. Jiménez, J. (2019). Guía Clínica Para la Operación del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.
18. Jiménez, J. (2020). Depresión Resistente a Tratamiento, definición conceptual y modelo de tratamiento en el INPRFM. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.
19. Jiménez, J. (2020). Líneas de tratamiento para DRT. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.

20. Kasper, S., Cubala, W., Fagioli, A., Ramos-Quiroja, J., Souery, D. y Young, A. (2020). Practical recommendations for the management of treatment-resistant depression with esketamine nasal spray therapy: Basic science, evidence-based knowledge and expert guidance. *The World Journal of Biological Psychiatry*, <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1836399>
21. Kellner, C. H. (2019). *Handbook of ECT. A Guide of Electroconvulsive Therapy for Practitioners*. New York: Cambridge University Press.
22. Machado, R., Baumann, J., Wheeler-Castillo, C., Latov, D., Henter, L., Salvadore, G. y Zarate, C. (2010). The timing of antidepressant effects: A comparison of diverse pharmacological and somatic treatments. *Pharmaceuticals*, 3(1), 19-41, <https://doi.org/10.3390/ph3010019>
23. Mankad, M., Beyer, J., Weiner, R. y Krystal, A. (2010). *Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
24. McAllister-Williams, R., Arango, C., Blier, P., Demyttenaere, K., Falkai, P., Gorwood, P., Hopwood, M., Javed, A., Kasper, S., Malhi, G., Soares, J., Vieta, E., Young, A., Papadopoulos, A. y Rush, A. (2020). The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: An international consensus statement. *Journal of Affective Disorders*, 267, 264-282, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.023>
25. National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Depression in adults: recognition and management. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
26. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Depression in adults: treatment and management. Full guideline. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0725/documents/full-guideline-updated>
27. National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Implanted vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg679>
28. Ortega, H., Martínez, A., Paretto, C. (2020). Capítulo VII. Coadyuvantes farmacológicos en el tratamiento de los Trastornos Depresivos en adultos. En Rosel M., de la Peña F. y Becerra C. *Tratamientos coadyuvantes para los trastornos psiquiátricos*. Springer Healthcare.
29. Papakostas, G., Perlis, R., Scarlia, M., Petersen, T. y Fava, M. (2006). A meta-analysis of early sustained response rates between antidepressants and placebo for the treatment of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(1), 56-60, <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000195042.62724.76>
30. Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J. y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 89-115, <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
31. Reutfors, J., Andersson, T., Tanskanen, A., DiBernardo, A., Li, G., Brandt, L. y Brenner, P. (2019). Risk factors for suicide and suicide attempts among patients with treatment-resistant depression: Nested case-control study. *Archives of Suicide Research*, <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1691692>
32. Ruhé, H., Rooijen, G., Spijker, J., Peeters, F. y Schene, A. (2012). Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 137(1-3), 35-45, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.020>
33. Saldívia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C. y Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(1), 53-60, <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
34. Sarabia, A. (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Dialnet*, 42, 7-17.
35. Saturno-Hernández, P. (2018). Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. [https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180914\\_ManualVias\\_Clinicas.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180914_ManualVias_Clinicas.pdf)
36. Scott, A. (2005). *The ECT Handbook*. Second edition. London, UK: Royal College of Psychiatrists.
37. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2013). *Gestión de Casos en Salud Mental*. España: SESCOAM.
38. Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., et al. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9). Pfizer Inc. [https://www.ons.org/sites/default/files/PatientHealthQuestionnaire9\\_Spanish.pdf](https://www.ons.org/sites/default/files/PatientHealthQuestionnaire9_Spanish.pdf)
39. Tamayo, J., Rosales-Barrera, J., Villaseñor-Bayardo S. y Rojas-Malpica, C. (2011). Consenso latinoamericano basado en la evidencia sobre el diagnóstico y manejo de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Salud Mental*, 34(2), 267-273.
40. Taylor, D., Barnes, T. y Young, A. (2018). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. 13th Edition. London, UK: Wiley Blackwell.
41. Technology Assessment Program. (2017) *Definition of Treatment-Resistant Depression in the Medicare Population*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
42. Valencia-Monsalvez, F., Mendoza-Parra, S. y Luengo-Machuca, L. (2017). Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) En adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 245-9, <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.342.2206>
43. Van Bronswijk, S., Moopen, N., Beijers, L., Ruhe, H. y Peeters, F. (2018). Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 19(3), 1-14, <https://doi.org/10.1017/S003329171800199X>
44. Weiss, A. (2018). *The Electroconvulsive Therapy Workbook. Clinical Applications*. Routledge. London y New York: Routledge.
45. World Health Organization. (2018). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Geneva: World Health Organization.

# Anexos

**Anexo 1: Preguntas clínicas surgidas en el desarrollo de la VAI y respuestas según evidencia científica y problemas organizacionales planteados y soluciones propuestas en la VAI para DRT con enfoque General**

[Ir al anexo](#)

**Anexo 2: Fichas técnicas de indicadores**

[Ir al anexo](#)

**Anexo 3: Formato de Ensayos Terapéuticos**

[Ir al anexo](#)

**Anexo 4: Escala PHQ-9**

Disponible en:

[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/02/gpc\\_534\\_anexo2.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/02/gpc_534_anexo2.pdf)

**Anexo 5: Escala Morisky de Adherencia a la medicación**

[Ir al anexo](#)

**Anexo 6: Escala UKU de Efectos secundarios**

Bobes J., García-Portilla MP, Bascarán MT., Saiz PA., Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. [CD-ROM]. 2ª Edición. Barcelona. Ars Medica, 2002.

Disponible en:

<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=162>

**Anexo 7: Escala HRSD**

Disponible en:

[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/02/gpc\\_534\\_anexo2.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/02/gpc_534_anexo2.pdf)

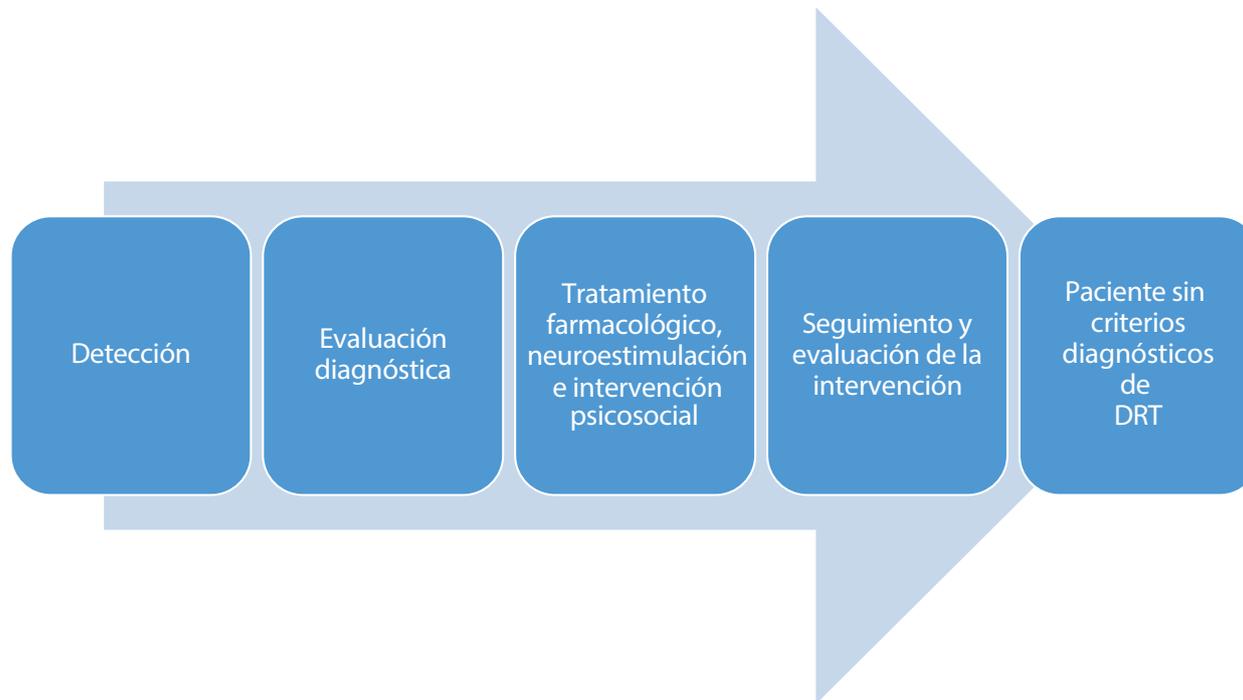
**Anexo 8: Evaluación Global de Funcionamiento GAF**

[Ir al anexo](#)

## Anexo 1

Preguntas clínicas surgidas en el desarrollo de la VAI y respuestas según evidencia científica y problemas organizacionales planteados y soluciones propuestas en la VAI para DRT con enfoque General

Macroproceso de atención a pacientes con Depresión Resistente al Tratamiento



## DetECCIÓN / IDENTIFICACIÓN: Identificar a la persona con probable Diagnóstico de DRT

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Aplicar consecutivamente dos ensayos farmacológicos validados a pacientes diagnosticados con depresión mayor en un período mínimo de seis meses, al menos tres meses en cada ensayo terapéutico.	Durante la atención a pacientes con depresión mayor	A los pacientes diagnosticados con depresión mayor se les debe aplicar la escala PHQ-9, en cada ensayo, después de dos ensayos consecutivos de cuatro a seis semanas cada uno.	Psiquiatra  Médico general, familiar o de especialidades distintas de la psiquiatría, previamente capacitados.	Centro de salud  Unidad de Medicina Familiar  Clínica  Hospital General  Hospital Psiquiátrico	Identificación sistemática de pacientes con posible DRT
Identificar a pacientes con diagnóstico previo de depresión mayor que han recibido, en el último año dos ensayos validados sin mostrar mejoría.	Cada vez que se detecte a algún paciente con diagnóstico de depresión mayor que no muestre mejora después de dos ensayos farmacológicos.	Se identifica a aquellos pacientes que pasaron por al menos dos ensayos farmacológicos (episodio depresivo actual, único o recurrente), cada uno con una duración de cuatro a seis semanas, sin mostrar respuesta al tratamiento. Al final de cada ensayo se deben aplicar las escalas PHQ-9 y Morisky.  Puntaje >5 en PHQ-9, se interpreta como posible falta de respuesta al tratamiento y los pacientes deben pasar a la etapa de diagnóstico.  Con el apoyo del médico, el paciente y su familiar o acompañante, deben registrar la información requerida en el formato de verificación de ensayos terapéuticos (anexo): fármacos, dosis, duración, respuesta y tolerabilidad.	Psiquiatra  Médico general, familiar o de especialidades distintas de la psiquiatría previamente capacitados  Psicólogos clínicos	Centro de salud  Unidad de Medicina Familiar  Clínica  Hospital General  Hospital Psiquiátrico	Identificar al paciente con posible DRT de manera correcta y oportuna  A todos los pacientes con depresión mayor que no mejoran después de dos ensayos farmacológicos se aplica la escala PHQ-9

... continuación

<p>Referencia a servicio de atención especializada para diagnóstico psiquiátrico.</p>	<p>Al detectar a un paciente con Puntaje &gt; 5 en PHQ-9.</p>	<p>En apego a los procedimientos institucionales.</p> <p>Elaboración de hoja de referencia; se registran en ella resultados obtenidos en las escalas PHQ-9 y Morisky.</p> <p>Se debe explicar con detalle al paciente y familiares el motivo de la referencia.</p> <p>Orientar sobre los pasos a seguir y proporcionar información específica sobre lugares, horarios, trámites, costos.</p> <p>Se entrega hoja de referencia y formato de verificación de ensayos al paciente o si este consiente, al familiar o acompañante, y se le solicita que se presente el paciente con un informante de confianza a la consulta de referencia.</p>	<p>En función de los procedimientos de cada institución:</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico general, familiar o de especialidades distintas de la psiquiatría previamente capacitados</p> <p>Psicólogo clínico</p>	<p>Centro de salud</p> <p>Unidad de Medicina Familiar</p> <p>Clínica</p> <p>Hospital General</p> <p>Servicios de salud mental</p> <p>Hospital Psiquiátrico</p>	<p>Todos los pacientes con Puntaje &gt;5 en PHQ-9 son referidos de manera inmediata para confirmación de diagnóstico.</p> <p>A todos los pacientes referidos se les entrega hoja de referencia con verificación de ensayos terapéuticos incluida</p>
---	---	---	---	--	--

Continúa...

... continuación

<p>Acompañamiento</p>	<p>Al momento en que un paciente es referido a servicio especializado para diagnóstico psiquiátrico</p> <p>Al día hábil siguiente a la fecha de la cita programada en la unidad de referencia</p>	<p>Apoyo en la gestión de la cita al servicio o unidad a la que se refiere el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Contar con el directorio de las instituciones de referencia.</li> <li>· Solicitar información sobre los requisitos que debe cumplir el paciente para recibir la atención y orientar al respecto al paciente, así como a su familiar o acompañante</li> <li>· Resolver dudas del paciente y del familiar o acompañante en relación con información específica sobre lugares, horarios, trámites, costos de la unidad o servicio al que se le está refiriendo.</li> </ul> <p>Asegurar que el paciente fue atendido en la unidad o servicio al que fue referido.</p>	<p>Trabajo social</p> <p>Enfermería</p>	<p>Centro de Salud</p> <p>Unidad de Medicina Familiar</p> <p>Clínica</p> <p>Hospital General</p> <p>Servicios de salud mental</p> <p>Hospital Psiquiátrico</p>	<p>Facilitar que los pacientes referidos acudan al servicio o unidad que corresponda para confirmación de diagnóstico.</p> <p>Los pacientes deben contar con cita programada en la unidad de referencia en un plazo no mayor a los 15 días naturales posteriores a la fecha de la referencia.</p> <p>A todos los pacientes referidos se les hace seguimiento</p>
-----------------------	---	---	---	--	--

**Evaluación Diagnóstica:** asegurar que el diagnóstico de DRT es correcto y descartar personas que no tienen este diagnóstico.

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Evaluación de respuesta a ensayos terapéuticos	En la primera consulta	Mediante cotejo de ensayos terapéuticos previos anotados en hoja de referencia.  Validación del formato de verificación de ensayos anexo a esta vía de atención integrada (previamente llenado por el paciente)  Aplicación de Escala Morisky para evaluación de adherencia al tratamiento	Psiquiatra  Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría  Servicio especializado en DRT  Servicio de hospitalización psiquiátrica	Descartar personas que no tienen diagnóstico de DRT
Diagnóstico diferencial y confirmación de Diagnóstico de DRT	En la primera consulta de referencia (o la segunda en caso de requerir pruebas complementarias)	Acompañado de informante de confianza  Con expediente clínico (en caso de contar con él) o con resumen médico u hoja de referencia  Entrevista médica y psiquiátrica estructurada con exploración física  Se solicitan pruebas neuropsicológicas  Se solicitan pruebas de personalidad en caso de ser necesarias  Se confirma (o no) Diagnóstico de DRT	Psiquiatra  Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría  Servicio especializado en DRT  Servicio de hospitalización psiquiátrica	Descartar personas que no tienen diagnóstico de DRT

... continuación

Evaluación de comorbilidades	En la primera consulta	Se solicitan pruebas de laboratorio (química sanguínea de 35 elementos –asegurar Cl, Na, K-, biometría hemática, y perfil tiroideo básico; solicitar pruebas adicionales según juicio clínico) así como estudios de imagen y de gabinete en caso de ser necesarios	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría Servicio especializado en DRT Servicio de hospitalización psiquiátrica	Identificar comorbilidades médicas y psiquiátricas en personas con DRT
Evaluación de la severidad de síntomas depresivos y funcionamiento psicosocial del paciente	En la primera consulta	Autoaplicación de PHQ-9  Aplicación de escala GAF  Entrevista semiestructurada	Paciente (autoaplicable)  Psiquiatra Residente de psiquiatría  Psiquiatra Residente de psiquiatría Psicología Trabajo social	Servicio de psiquiatría Servicio especializado en DRT Servicio de hospitalización psiquiátrica	Contar con una valoración basal de los pacientes con DRT
Evaluación de la severidad de la DRT	En la primera consulta	Aplicación de escala de severidad de DRT:  · Thase and Rush staging method for TRD · o · Maudsley staging method for TRD	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría Servicio especializado en DRT Servicio de hospitalización psiquiátrica	Contar con elementos para orientar el tratamiento de todos los pacientes con DRT
Asignación de gestor de caso	Al final de la primera consulta	Se explica al paciente que contará con el apoyo continuo de personal profesional de la unidad (de las áreas de trabajo social o enfermería) en lo que respecta a la realización de trámites y seguimiento  Se presenta al paciente con el gestor de caso que le fue asignado	Jefe del Servicio de Psiquiatría  Psiquiatra	Servicio de psiquiatría Servicio especializado en DRT Servicio de hospitalización psiquiátrica	Que todos los pacientes con diagnóstico de DRT tengan un gestor de caso

Continúa...

... continuación

<p>Gestión del caso</p>	<p>Desde la consulta inicial y de manera continua durante toda la VAI</p>	<p>Entrevista inicial con el familiar y el paciente</p> <p>Aclarar las dudas del paciente y su familiar o acompañante</p> <p>Contacto con la unidad médica que refirió al paciente</p> <p>Orientar al familiar o acompañante del paciente</p> <p>Mecanismos de comunicación con el paciente más recomendables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Correo electrónico</li> <li>· No. de teléfono y ext. institucional</li> </ul> <p>Confirmar un día antes la asistencia a las citas</p> <p>Solicitar datos de localización de dos o más familiares o contactos del paciente para que, en caso de ser necesario, contribuyan a la localización y atención del paciente.</p> <p>*Es importante evitar el cuidado excesivo, la sobreprotección y el exceso de laxitud en la atención al paciente*</p>	<p>TS o Personal de enfermería capacitados en atención de la salud mental en funciones de gestión de caso</p>	<p>En el sitio más adecuado para la atención del paciente</p>	<p>Que el paciente tenga claro lo que puede hacer en caso de necesitar ayuda</p> <p>Que el paciente y su familiar o acompañante cuenten con apoyo específico para facilitar la atención</p> <p>Que la institución tenga un mecanismo de seguimiento claro</p> <p>Facilitar la atención integrada a los pacientes con DRT</p>
-------------------------	---	--	---	---	--

Continúa...

... continuación

		<p><b>RED DE APOYO</b></p> <p>En caso de ser necesario, se recomienda establecer contacto con las amistades, vecinos y familiares cercanos que apoyan al paciente</p> <p>Especificarle al paciente y su familiar o acompañante cuáles son los síntomas que ameritan que el paciente ACUDA A URGENCIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Conducta suicida (intento de suicidio e incremento de pensamientos de suicidio)</li><li>· Cuadro severo de ansiedad</li><li>· Alteración de los signos vitales que no responden a maniobras habituales de control (TA, temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria)</li><li>· Dolor abdominal inexplicable</li></ul> <p>Se recomienda el diseño y entrega de un tríptico informativo con la información anterior</p> <p>El gestor de caso es responsable de facilitar tanto la coordinación de la atención del paciente con el equipo multidisciplinario como la comunicación entre ellos durante todo el proceso de atención.</p>			
--	--	--	--	--	--

**Tratamiento farmacológico:** prescripción basada en conocimiento científico actualizado que incremente la probabilidad de mejora de la salud del paciente.

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Prescripción del tratamiento farmacológico	En la primera consulta (Evaluación diagnóstica)	<p>Tratamiento para persona con DRT sin comorbilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Paciente que no ha tenido dosis máximas de AD</b> Se revisa medicamento que produjo mayor mejoría y se escala a dosis máxima tolerada.</li> <li>· <b>Paciente que sí ha recibido dosis máxima de AD</b> Se mantiene y se prescribe potenciador de primera línea. Lista de potenciadores de primera línea. Se prefieren los de mayor evidencia, o a juicio médico, cualquier técnica de potenciación de segunda línea</li> <li>· <b>Paciente que ha recibido dosis máxima de AD con potenciador</b> Se cambia antidepresivo de primera línea y se prescribe potenciador de primera línea o a juicio médico, cualquier técnica de potenciación de segunda línea</li> <li>· <b>Paciente que ya recibió TEC+AD</b> Combinaciones antidepresivas (IMAO) con tricíclicos + potenciación de segunda línea</li> </ul>	<p>Psiquiatra</p> <p>Residente de psiquiatría</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	<p>Los pacientes con DRT reciban el mejor tratamiento posible de acuerdo con la evidencia actual</p>

... continuación

		<p>El manejo farmacológico es idéntico al de pacientes con depresión mayor, según GPC para TDM:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Heinze G, Camacho P. Guía Clínica para el Manejo de la Depresión. Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México 2020.</li><li>· NICE. Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90]. National Institute for Health and Care Excellence. 2009</li><li>· NICE. Depression in adults: treatment and management. Full guideline. Methods, evidence and recommendations. National Institute for Health and Care Excellence. 2018</li><li>· CANMAT. Updated CANMAT Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2016. The Canadian Journal of Psychiatry Volume 61 Num. 9 September 2016.</li></ul>			
--	--	---	--	--	--

Continúa...

... continuación

		<p>Se deberá poner especial atención a pacientes con las condiciones que puedan empeorar con el tratamiento, * así como con interacciones con otros fármacos.</p> <p>*Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Síndrome metabólico</li> <li>· Síndrome convulsivo – Epilepsia</li> <li>· Dolor</li> <li>· Embarazo – lactancia</li> <li>· Consumo de sustancias</li> <li>· Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño</li> <li>· Síndrome de Deterioro Cognitivo</li> <li>· Antecedentes cardiovasculares</li> </ul>			
<p>Explicar al paciente el Sistema de seguimiento continuo por parte de la institución de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Se informa al paciente el esquema temporal básico del tratamiento y seguimiento de acuerdo con su condición</li> </ul>	<p>En la consulta en que se prescribe el tratamiento inicial y podrá variar según la evolución del paciente</p>	<p>En el carnet de consultas se registra programa previsto de visitas y se explica información. En caso de contar con agenda electrónica se registran las fechas de las visitas programadas, se imprime fecha y lineamientos, las cuales incluyen orientación sobre la importancia de dar aviso en caso de no estar en condiciones de acudir para reprogramación.</p>	<p>Psiquiatra Residente de psiquiatría</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	<p>Asegurar que la institución haga entrega al paciente de información sobre su programa de seguimiento y de la importancia de darle cumplimiento.</p> <p>Garantizar la comunicación continua con los pacientes</p>

Continúa...

... continuación

<ul style="list-style-type: none"> <li>· Se informa que se le contactará antes de su próxima visita para conocer su evolución</li> <li>· Explicar al paciente cuáles son sus opciones en caso de necesitar ayuda antes de su siguiente consulta</li> </ul>		<p>Se recomienda considerar diversas formas de comunicación (correo electrónico, número de Whatsapp, mensajería instantánea) así como establecer un día específico para la atención a pacientes con este tipo de necesidades.</p> <p>Se entrega al paciente Hoja de información para paciente y familiares</p> <p>Se informa al gestor de caso el plan de seguimiento del paciente</p>			
<p>Referencia del paciente en caso de requerir tratamiento no disponible en la institución actual</p>	<p>Al momento de detectar la necesidad</p>	<p>En caso de que la institución tratante no cuente con los recursos para proporcionar el tratamiento idóneo para el paciente pondrá en marcha mecanismos para derivarlo a otras unidades o instituciones.</p> <p>Como parte de la gestión del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Se debe investigar los requisitos que debe cumplir el paciente en la institución a la que es referido.</li> <li>· Orientar al paciente y a su familiar o acompañante sobre todos los pasos del proceso de referencia</li> <li>· Dar acompañamiento al paciente y su familiar o acompañante en el trámite de referencia</li> </ul>	<p>Psiquiatra Residente de psiquiatría</p> <p>TS o Personal de enfermería capacitados en atención de la Salud Mental en funciones de Gestión de caso</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	<p>Los pacientes con DRT reciban el mejor tratamiento posible de acuerdo con la evidencia actual</p> <p>Asegurar recepción del paciente a la unidad de referencia</p>

## Tratamiento psicoterapéutico

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Indicación de psicoeducación	En la consulta en que se prescribe el tratamiento inicial	Se orienta al paciente y familiares o cuidadores acerca de la importancia de acudir al programa de psicoeducación  Si el paciente ya participó en el programa durante el año previo, se deberá valorar otro esquema de psicoeducación  Informar al gestor de caso	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría  Servicio especializado en DRT  Servicio de hospitalización psiquiátrica	Todos los pacientes con DRT, acompañados por familiares o cuidadores, participan en el programa de psicoeducación
Indicación de tratamiento psicoterapéutico junto al farmacológico	Cuando el paciente concluye curso de Psicoeducación	Se recomienda indicar Terapia dialéctica conductual radicalmente abierta.  <u>Alternativas en caso de no contar con la anterior:</u>  1.Terapia de activación conductual 2.Terapia cognitivo conductual 3.Terapia psicodinámica breve para la depresión 4.Terapia cognitiva basada en mindfulness  Todas las propuestas terapéuticas son de alta intensidad en el sentido de que requerirán al menos 15 sesiones.	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría  Servicio especializado en DRT  Servicio de hospitalización psiquiátrica	Todos los pacientes con DRT reciben psicoterapia como parte de su tratamiento integral

... continuación

		<p>Ante detección del consumo perjudicial o dependencia a sustancias, debe ser referido a tratamiento especializado</p> <p>Ante la detección de las condiciones que se enlistan a continuación se recomienda inicio temprano de Psicoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Conductas de riesgo, asociadas a impulsividad</li><li>· Problemas interpersonales</li><li>· Problemas para la regulación de las emociones (alta impulsividad)</li><li>· Ideación suicida leve</li><li>· Cualquier estresor psicosocial que implique resolución de problemas</li><li>· Estilo atribucional desadaptativo</li></ul> <p>Informar al gestor de caso</p>			
--	--	---	--	--	--

## Tratamiento con neuroestimulación:

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Iniciar protocolo de TEC en pacientes que han recibido dosis máxima de AD con potenciador sin contraindicaciones, o pacientes con ideación suicida persistente	En la consulta en que se prescribe el tratamiento inicial	Según los siguientes documentos:  Manual Clínico para TEC:  · Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. APA 2010 · Handbook of ECT. A Guide of Electroconvulsive Therapy for Practitioners. Cambridge University 2019  Informar al gestor de caso	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría  Servicio especializado en DRT  Servicio de hospitalización psiquiátrica	Asegurar el apego a las recomendaciones internacionales para indicación de TEC para pacientes con DRT
Indicación de Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva en pacientes que han recibido dosis máxima de AD con potenciador. Considerado especialmente en pacientes en los que no sea posible aplicar TEC	En la consulta en que se prescribe el tratamiento inicial	Solicitar EEG previo.  Referencia del paciente a centro con Estimulador magnético  Informar al gestor de caso	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría  Servicio especializado en DRT  Servicio de hospitalización psiquiátrica	Que la técnica se recomiende solo en casos justificados y en que la mejora sea probable
No indicar estimulación del nervio vago (ENV) salvo casos excepcionales	En la consulta en que se prescribe el tratamiento inicial	Recomendado exclusivamente en casos de DRT severa en los que TEC esté contraindicado.  La evidencia actual apoya posible efecto benéfico solo en pacientes que han respondido previamente a TEC.	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría  Servicio especializado en DRT  Servicio de hospitalización psiquiátrica	Que la técnica se recomiende solo en casos justificados y en que la mejora sea probable

Continúa...

... continuación

<p>No indicar estimulación profunda salvo casos excepcionales</p>	<p>En la consulta en que se prescribe el tratamiento inicial</p>	<p>Recomendado exclusivamente para pacientes que recibieron TEC o ENV con anterioridad.</p> <p>Solicitarlo solo como parte de un protocolo de investigación.</p> <p>Solicitar consulta con Comité Médico y de Bioética</p>	<p>Psiquiatra Residente de psiquiatría</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	<p>Que la técnica se recomiende solo en casos justificados y en que la mejora probable</p>
<p>No indicar estimulación por corriente directa</p>	<p>En la consulta en que se prescribe el tratamiento inicial</p>	<p>Solicitarlo solo como parte de un protocolo de investigación.</p>	<p>Psiquiatra Residente de psiquiatría</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	<p>Que la técnica se recomiende solo en casos justificados y en que la mejora probable</p>

## Tratamiento integral

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Sesiones de psicoeducación	La primera sesión debe ocurrir en la semana siguiente a la indicación del Psiquiatra.	<p>Aplicar las guías elaboradas por el INPRFM "Guía psicoeducativa para el personal de salud para pacientes que sufren depresión" (para su acceso, debe solicitarse autorización al INPRFM). Considerar su aplicación en modalidades en línea o presencial.</p> <p>Organizar grupo para pacientes Organizar grupo para familiares o acompañantes responsables Ocho sesiones semanales estructuradas para cada grupo, más una de cierre Registro de información en el expediente del paciente</p>	<p>Trabajo social</p> <p>Donde se disponga: Psicoterapeutas Pasantes de Psicología Residentes de Psiquiatría</p>	<p>Aula</p> <p>Sala de usos múltiples</p>	El programa favorece la adherencia terapéutica del paciente.
Sesiones psicoterapéuticas	<p>La primera sesión debe ocurrir una semana después de que el paciente concluye las sesiones de Psicoeducación</p> <p>O bien, si en la primera consulta de seguimiento el Psiquiatra lo considera conveniente, se inicia de manera temprana</p>	<p>Duración: 90 min. En la primera sesión, se aplican instrumentos de medición</p> <p>a) Para evaluación de sintomatología se aplica HAM-D o se consultan resultados si la escala se aplicó entre las dos semanas previas; GAD-7 b) Funcionamiento general: Escala de Evaluación de la Actividad Global</p>	<p>Psicoterapeutas Psicólogos</p>	<p>Consultorio de psicoterapia</p>	El paciente recibe psicoterapia de manera oportuna y estructurada

... continuación

		<p>Entrevista inicial Encuadre de la terapia</p> <p>Registro de información en el expediente del paciente</p> <p>Informar al gestor de caso</p>			
	Subsecuentes	<p>Cada semana. La duración está en función del modelo terapéutico utilizado</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapia dialéctica conductual radicalmente abierta (mínimo 25, máximo 30 sesiones)</li> <li>2. Terapia de activación conductual (mínimo 8 – 12 sesiones)</li> <li>3. Terapia cognitivo conductual (mínimo 15 – 20 sesiones)</li> <li>4. Terapia psicodinámica breve para la depresión (mínimo 8 – 12 sesiones)</li> <li>5. Terapia cognitiva basada en mindfulness (mínimo 15 – 20 sesiones)</li> </ol> <p>De la segunda en adelante, duración entre 50-60 min.</p> <p>En la segunda sesión se presenta el plan de tratamiento psicoterapéutico, establecimiento de contrato terapéutico</p> <p>Retomar información de la sesión anterior</p>	Psicoterapeutas Psicólogos	Consultorio de psicoterapia	El paciente recibe psicoterapia de manera estructurada

Continúa...

... continuación

		<p>Revisar tareas</p> <p>Se aborda el objetivo de cada sesión de acuerdo a las metas de tratamiento establecidas</p> <p>Definición de tareas</p> <p>Considerar procedimientos específicos en función del modelo terapéutico</p> <p>Registro de información en el expediente del paciente</p> <p>Informar al gestor de caso</p>			
Sesiones de terapia de neuroestimulación (TEC)	Mínimo 6 y máximo 12 sesiones	<p>El paciente ingresa a hospitalización</p> <p>Se aplica TEC</p> <p>Se valoran resultados y efectos adversos</p> <p>Se determina si el paciente es candidato a TEC de mantenimiento</p>	Psiquiatra Residente de Psiquiatría (bajo supervisión)	Área de TEC	<p>Aplicación adecuada de la técnica</p> <p>Que se ofrezcan las sesiones necesarias al paciente</p>

Continúa...

... continuación

		<p>Según los siguientes documentos:</p> <p>Manual Clínico para TEC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. APA 2010</li> <li>· Handbook of ECT. A Guide of Electroconvulsive Therapy for Practitioners. Cambridge University 2019</li> </ul> <p>Registro de información en el expediente del paciente</p> <p>Informar a gestor de caso</p>			
<p>Sesiones de terapia de neuroestimulación, Estimulación magnética transcraneal</p>	<p>10 a 20 sesiones, una por día</p> <p>Mínimo 2 semanas y máximo 4 semanas</p>	<p>Se recomienda 1500 a 3000 pulsos por sesión a más de 10 hertz en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda</p> <p>Se valoran resultados y efectos adversos</p> <p>Registro de información en el expediente del paciente</p> <p>*Informar a gestor de caso*</p>	<p>Psiquiatra Residente de Psiquiatría (bajo supervisión)</p>		<p>Aplicación adecuada de la técnica</p> <p>Que se ofrezcan las sesiones necesarias al paciente</p>

## Seguimiento y evaluación de la intervención al paciente con DRT

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Consultas de seguimiento	- Primera consulta de seguimiento:	<p>Revisión de información relacionada con terapias complementarias en el expediente del paciente antes de la consulta</p> <p>Valoración de adherencia (Escala MORISKY) y tolerancia al psicofármaco (Escala UKU)</p> <p>Aplicación de entrevista o aplicación de escala PHQ-9 para valoración de respuesta clínica y verificar si han remitido los síntomas de DRT</p> <p>Detección de eventos adversos (RAM)</p> <p>Se valoran resultados de tratamientos coadyuvantes, en especial ante efectos iatrogénicos</p> <p>Recomendar psicoterapia y otras terapias coadyuvantes (neuroestimulación y psicoterapia), que no se hayan recomendado previamente o su continuidad.</p>	<p>Psiquiatras</p> <p>Residentes de psiquiatría</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	Asegurar el seguimiento adecuado a pacientes con DRT

Continúa...

... continuación

		<p>El plazo entre consultas de seguimiento podrá abreviarse en función de los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Agravamiento de síntomas</li><li>· Falta de respuesta a 2 ensayos terapéuticos + potenciador</li><li>· Si el paciente requiere ayuda antes de la cita programada</li></ul> <p>Si se identifica riesgo de suicidio con alta intencionalidad y letalidad en el paciente, este debe ser referido al servicio de urgencias inmediatamente.</p> <p>El número mínimo de consultas subsecuentes deberá ser 6.</p> <p>El número máximo de consultas subsecuente dependerá de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Remisión o mejora de los síntomas del paciente</li><li>· Identificación de la imposibilidad de mejora, después de haber agotado los recursos Psicofarmacológicos para la atención del paciente.</li></ul>			
--	--	---	--	--	--

Continúa...

... continuación

Evaluación de respuesta a ensayos terapéuticos	En las consultas subsecuentes	Mediante cotejo de ensayos terapéuticos previos anotados en hoja de referencia.	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Servicio de psiquiatría  Servicio especializado en DRT  Servicio de hospitalización psiquiátrica	Contar con elementos para considerar modificaciones al esquema terapéutico.
Revaloración de síntomas depresivos y funcionamiento psicosocial del paciente	En las consultas subsecuentes	<p>Se aplica nuevamente la escala utilizada en la evaluación inicial para comparar con el puntaje obtenido en la línea basal.</p> <p>Aplicación o autoaplicación de PHQ-9*(para depresión); GAF (funcionamiento psicosocial)</p> <p>Entrevista semiestructurada de seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Explora adherencia y seguimiento a psicoeducación y terapias complementarias en caso de que se le hayan indicado al paciente</li> <li>· Detección de eventos adversos (RAM)</li> </ul>	<p>Paciente (autoaplicable)</p> <p>Psiquiatra Residente de psiquiatría</p> <p>Psiquiatra Residente de psiquiatría Psicología Trabajo social</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	Conocer el efecto del tratamiento en el estado de salud del paciente y contar con elementos para valorar posibles modificaciones al esquema terapéutico

Continúa...

... continuación

<p>Mantenimiento, ajuste o modificación de tratamiento</p>	<p>En las consultas subsecuentes</p>	<p>De acuerdo al puntaje obtenido en la aplicación de las escalas, se valora el cambio en los síntomas del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Si se obtiene una mejora mayor o igual al 50% en la escala PHQ-9, continuamos con el mismo Tratamiento Farmacológico.</li> <li>· Si la mejora es menor al 50% en PHQ-9:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· El Tratamiento inicial se ajusta, cuando la dosis inicial no era la dosis máxima, se aumenta a la dosis máxima o combinamos tratamientos.</li> <li>· Si la dosis inicial era la dosis máxima, se modifica el Tratamiento.</li> </ul> </li> </ul> <p>Se valora el mantenimiento, ajuste o modificación del tratamiento farmacológico y de las otras terapias</p> <p>Si durante cualquier consulta de seguimiento se consigue remisión clínica de la DRT (Puntaje <math>\leq 5</math> en escala PHQ-9) el paciente pasa a fase de mantenimiento por 6 meses</p> <p>Se mantiene con el mismo Tratamiento farmacológico con el que se alcanzó remisión clínica</p> <p>Si durante 6 meses continúan en remisión de DRT, se determina que hay una remisión sostenida.</p> <p>Informar al gestor de caso</p>	<p>Psiquiatra</p> <p>Residente de psiquiatría (bajo supervisión)</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	<p>Los pacientes con DRT reciban el mejor tratamiento posible de acuerdo con la evidencia actual</p>
--	--------------------------------------	--	--	---	--

... continuación

<p>Sesión multidisciplinaria para revisión de casos difíciles</p>	<p>Después de que han fallado a tres alternativas de Tratamiento farmacológico (considerando seis semanas para cada alternativa de tratamiento)</p>	<p>El Médico Psiquiatra tratante convoca a esta sesión.</p> <p>Acuden los especialistas involucrados en la atención del paciente, así como el gestor de caso.</p> <p>El médico responsable del paciente presenta Historia Clínica y Resumen de ensayos farmacológicos.</p> <p>Se solicitan pruebas neuropsicológicas y de personalidad en caso de ser necesarias</p> <p>Se decide en conjunto mejor línea de Tratamiento o referencia a otros centros para recibir tratamientos que se consideren necesarios y que no estén disponibles en la Institución, por ejemplo, psicocirugía o neuromoduladores.</p> <p>O</p> <p>En casos de evolución tórpida del paciente, cuando se determina que el paciente no alcanzará remisión con los métodos médicos actuales, por máximo beneficio, se brinda seguimiento subsecuente por la VAI</p>	<p>Psiquiatras</p> <p>Residentes de psiquiatría de alta especialidad</p> <p>Especialistas invitados</p> <p>Gestor de caso</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	<p>Los pacientes con DRT severa reciben el tratamiento correcto en función de su evolución clínica</p>
---	---	---	---	---	--

## Paciente sin criterios diagnósticos de DRT

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Revisión del Diagnóstico de salida	En el momento en que el paciente presenta remisión	<p>Cuando el paciente cumple 6 meses en remisión sostenida se da de alta de la VAI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Puntaje <math>\leq 5</math> en escala PHQ-9</li> <li>· Según juicio clínico</li> </ul> <p>Se hace la contrarreferencia a institución/nivel de origen</p> <p>Informar al gestor de caso</p>	<p>Psiquiatra</p> <p>Residente de psiquiatría</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	Todos los pacientes que reúnen los criterios son contrarreferidos
Psicoeducación al paciente para el alta y la contrarreferencia	En la sesión de contrarreferencia	<p>Programar seguimiento; establecer periodicidad</p> <p>Información sobre criterios de reingreso, sitios y horarios de atención</p> <p>Contrarreferencia</p> <p>Dar cumplimiento a aspectos administrativos según la institución</p> <p>Informar al gestor de caso</p>	<p>Psiquiatra</p> <p>Residente de psiquiatría</p>	<p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Servicio especializado en DRT</p> <p>Servicio de hospitalización psiquiátrica</p>	Asegurar continuidad de la atención y el tratamiento

Continúa...

... continuación

<p>Notificación directa a mecanismo de acompañamiento en el primer nivel</p>	<p>Inmediatamente después de la sesión de contrarreferencia</p>	<p>Mediante una solicitud de cambio de nivel enviado al acompañante del primer nivel que permita asegurar que éste está enterado del retorno del paciente</p> <p>Gestoría del caso:</p> <p>Acompañamiento al paciente y familiar o acompañante para llevar a cabo los trámites relacionados con la provisión de los medicamentos que requerirá para su atención en la institución de primer nivel.</p> <p>En caso de que sea necesario, seguir en contacto con el paciente y familiar o acompañante.</p> <p>Coordinar con el personal de la institución de primer nivel el seguimiento de manera periódica a los pacientes e identificar los casos en los que se requiera apoyo especial (red de apoyo, familiares y acompañantes).</p>	<p>TS o Personal de enfermería capacitados en atención de la Salud Mental en funciones de Gestión de caso Enfermería</p> <p>Personal administrativo habilitado</p>	<p>Módulo de TS, Enfermería o Administración</p>	<p>Asegurar continuidad de la atención y el tratamiento</p>
--	---	---	--	--	---



## Anexo 2

### Fichas técnicas de indicadores

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	DETECCIÓN	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	1	
NOMBRE	Pacientes con depresión mayor cuyo episodio actual, único o recurrente, no muestra respuesta al tratamiento, correctamente valorados y referidos desde primero o segundo nivel de atención a servicio de Psiquiatría	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con diagnóstico previo de depresión mayor que han recibido, en un período de 12 semanas, dos ensayos validados con posible falta de respuesta al tratamiento referidos a servicio de Psiquiatría	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con depresión mayor que fueron correctamente valorados y referidos desde primero o segundo nivel de atención a servicio de Psiquiatría X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión mayor referidos desde primero o segundo nivel de atención a servicios de Psiquiatría	
FUENTE DE DATOS	<b>Hojas</b> de Interconsulta Expediente físico y electrónico del paciente	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del Programa de DRT del INPRFM, VAI para DRT del servicio/ institución que brinda la atención al paciente  Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. APA 2010 Handbook of ECT. A Guide of Electroconvulsive Therapy for Practitioners. Cambridge University 2019  Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) En adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(2):245-9. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2206.	

Continúa...

... continuación

OBSERVACIONES	<p>Se mide cada 6 meses o cada año en función del volumen de pacientes. Valoración correcta significa: Haber aplicado consecutivamente dos ensayos farmacológicos fallidos validados a pacientes diagnosticados con depresión mayor en un período mínimo de seis meses, al menos tres meses en cada ensayo terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Respuesta de ensayos terapéuticos<ul style="list-style-type: none"><li>• El paciente registra información en el formato de evaluación de ensayos terapéuticos</li><li>• Aplicación de Escala Morisky en cada ensayo</li></ul></li></ul> <p>Puntaje <math>\geq 8</math> en escala MMAS-8 se interpreta como una adherencia adecuada al tratamiento psicofarmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación de PHQ-9</li></ul> <p>Puntaje <math>&gt;5</math> en PHQ-9, se interpreta como posible falta de respuesta al tratamiento y los pacientes deben pasar a la etapa de diagnóstico</p>
---------------	---

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	DETECCIÓN	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: OPORTUNIDAD
No. INDICADOR	2	
NOMBRE	Citas de valoración programadas en un plazo no mayor a 15 días desde la referencia	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de citas de valoración, para pacientes referidos al servicio de Psiquiatría especializada, programadas en un plazo no mayor a 15 días	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de citas de valoración programadas en un plazo no mayor a 15 días desde la referencia X 100	
DENOMINADOR	Total de citas de valoración programadas para pacientes con depresión mayor referidos a servicio de Psiquiatría especializada	
FUENTE DE DATOS	<p>Registro de Hojas de interconsulta</p> <p>Hojas de Interconsulta</p> <p>Expediente físico y electrónico del paciente</p>	
ORIGEN Y REFERENCIA	<p>Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente</p> <p>Taylor D. Barnes TRE, Young AH. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 13th Edition. Wiley Blackwell 2018.</p> <p>HICKS PB et al. Predictability of Nonremitting Depression After First 2 Weeks of Antidepressant Treatment: A VAST-D Trial Report. Psych Res Clin Pract 2019; 1:58-67; doi:10.1176/appi.prcp.20190003</p> <p>Machado R et al. The Timing of Antidepressant Effects: A Comparison of Diverse Pharmacological and Somatic Treatments. Experimental Therapeutics, Mood and Anxiety Disorders Program, National Institute of Mental Health, and Department of Health and Human Services, Bethesda, MD 20892, USA. Pharmaceuticals 2010, 3, 19-41; doi:10.3390/ph3010019</p>	
OBSERVACIONES	Se mide cada 6 meses o cada año en función del volumen de pacientes	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	3	
NOMBRE	Pacientes con depresión mayor valorados correctamente en la consulta de valoración del servicio de Psiquiatría	
DESCRIPCIÓN	Indicador compuesto  Porcentaje de pacientes con depresión mayor valorados correctamente en la consulta de valoración del servicio de Psiquiatría	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con depresión mayor valorados correctamente en la consulta de valoración del servicio de Psiquiatría X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión mayor referidos a servicio de Psiquiatría que asistieron a la consulta de valoración	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente  Nota de interconsulta  Resumen de ensayos terapéuticos	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM  Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) En adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(2):245-9. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2206.	

Continúa...

... continuación

OBSERVACIONES	<p>Valoración para el diagnóstico de DRT Se mide cada 6 meses o cada año en función del volumen de pacientes La valoración y diagnóstico correctos implica las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Validación de resumen de ensayos terapéuticos con que el paciente fue referido para verificar que se trata de ensayos fallidos</li><li>• Verificación de que la documentación del paciente cuenta con resultados de las siguientes escalas:<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación de Morisky en cada ensayo</li></ul></li></ul> <p>Puntaje <math>\geq 8</math> en escala MMAS-8 se interpreta como una adherencia adecuada al tratamiento psicofarmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación de PHQ-9</li></ul> <p>Puntaje <math>&gt;5</math> en PHQ-9, se interpreta como posible falta de respuesta al tratamiento y los pacientes deben pasar a la etapa de diagnóstico</p> <li>• Diagnóstico diferencial<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista médica y psiquiátrica estructurada con exploración física</li></ul></li> <p>-----</p> <p>Valoración de pacientes diagnosticados con DRT</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico de comorbilidades</li><li>• Severidad de síntomas depresivos mediante nueva aplicación de PHQ-9</li></ul> <p>Puntaje <math>&gt;5</math> en PHQ-9, se interpreta como posible falta de respuesta al tratamiento y los pacientes deben pasar a la etapa de diagnóstico</p> <li>• Funcionamiento psicosocial del paciente<ul style="list-style-type: none"><li>• Escala GAF</li><li>• Entrevista semiestructurada</li></ul></li> <li>• Severidad de la DRT (Thase and Rush – de II a V- o Maudsley –puntaje mínimo 3)</li>
---------------	--

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	4 (subindicador del indicador 3)	
NOMBRE	Pacientes diagnosticados con Depresión Resistente al Tratamiento con valoración de la severidad	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes diagnosticados con Depresión Resistente al Tratamiento con valoración de la severidad	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con diagnóstico de DRT con valoración de la severidad X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con diagnóstico de DRT	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Nota de interconsulta Resumen de ensayos terapéuticos	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente  Ruhé HG et al. Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. <i>Journal of Affective Disorders</i> 137 (2012) 35–45  Fekadu A, Donocik JG, Cleare AJ. Standardisation framework for the Maudsley staging method for treatment resistance in depression. <i>BMC Psychiatry</i> (2018) 18:100 <a href="https://doi.org/10.1186/s12888-018-1679-x">https://doi.org/10.1186/s12888-018-1679-x</a>	
OBSERVACIONES	Se mide una vez al año  Cumplimiento de criterios operacionales del Manual del Programa de DRT del INPRFM Pacientes con un puntaje Thase and Rush de II a V o, para otras instituciones, con puntaje mínimo de 3 en la escala Maudsley	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	5 (subindicador del indicador 3)	
NOMBRE	Pacientes con DRT con comorbilidades médicas o psiquiátricas correctamente identificadas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT en quienes se identificó correctamente las comorbilidades médicas o psiquiátricas	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT con comorbilidades médicas o psiquiátricas correctamente identificadas X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente  Hojas de referencia a otros hospitales, o solicitudes de interconsulta a otras áreas médicas	
ORIGEN Y REFERENCIA	<p>Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente</p> <p>Heinze G, Camacho P. Guía Clínica para el Manejo de la Depresión. Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México 2020.</p> <p>NICE. Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90]. National Institute for Health and Care Excellence. 2009</p> <p>NICE. Depression in adults: treatment and management. Full guideline. Methods, evidence and recommendations. National Institute for Health and Care Excellence. 2018</p> <p>CANMAT. Updated CANMAT Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2016. The Canadian Journal of Psychiatry Volume 61 Num. 9 September 2016.</p>	

Continúa...

... continuación

OBSERVACIONES	<p>Se mide cada año</p> <p>Al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Biometría hemática</li><li>• Química sanguínea</li><li>• Electrolíticos séricos</li><li>• Perfil tiroideo</li><li>• ECG</li></ul> <p>Se deberá poner especial atención a pacientes con las condiciones que puedan empeorar con el tratamiento*, así como con interacciones con otros fármacos.</p> <p>*Por ejemplo: Síndrome metabólico, Síndrome convulsivo –Epilepsia, Dolor, Embarazo– lactancia, Consumo de sustancias psicoactivas, Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, Síndrome de Deterioro Cognitivo, Antecedentes cardiovasculares</p>
---------------	---

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: ACP
No. INDICADOR	6	
NOMBRE	Pacientes con DRT con gestor de caso asignado en consulta de valoración	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT con gestor de caso asignado en consulta de valoración	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT con gestor de caso asignado X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT atendidos en consulta de valoración	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico o electrónico del paciente	
ORIGEN Y REFERENCIA	<p>VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente</p> <p>Sarabia A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan 42. Abendua-diciembre 2007</p> <p>Fierro N. Manejo de Casos y Continuidad de Cuidados en Salud Mental. Curso Gestión de Casos. Departamento de Salud Mental SS Aconcagua.</p> <p>SESCAM. Gestión de Casos en Salud Mental. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. España. 14 de agosto de 2013.</p>	
OBSERVACIONES	<p>Se mide cada año</p> <p>El gestor de caso se debe asignar en la primera consulta (consulta de valoración). Los casos en que el gestor de caso haya sido asignado en consultas posteriores se considerarán como incumplimientos.</p>	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	7	
NOMBRE	Pacientes con DRT referidos correctamente para la atención de comorbilidades médicas o psiquiátricas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT con comorbilidades médicas o psiquiátricas que después de la consulta de valoración se refirieron correctamente a otras instituciones o servicios especializados para su atención	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT con comorbilidades médicas o psiquiátricas que fueron referidos correctamente a otras instituciones o servicios especializados para su atención X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT con comorbilidades médicas o psiquiátricas	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente  Hojas de referencia a otros hospitales, o solicitudes de interconsulta a otras áreas médicas de la institución	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente	
OBSERVACIONES	Se mide cada año Se deberá referir a todos los pacientes cuyas comorbilidades detectadas no puedan ser tratadas en el servicio de psiquiatría	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	8	
NOMBRE	Pacientes con Depresión Resistente al Tratamiento con prescripción de Tratamiento integral de acuerdo a la severidad de la DRT	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT en la valoración del servicio de Psiquiatría con prescripción de Tratamiento integral de acuerdo a los parámetros de escala para Depresión Resistente al Tratamiento	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con Depresión Resistente al Tratamiento con prescripción de Tratamiento integral de acuerdo a los parámetros de severidad de la DRT X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes Diagnosticados con DRT	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Nota de interconsulta Resumen de ensayos terapéuticos	
ORIGEN Y REFERENCIA	<p>Manual de Procedimientos del Programa para DRT del INPRFM VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente</p> <p>NICE. Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90]. National Institute for Health and Care Excellence. 2009</p> <p>NICE. Depression in adults: treatment and management. Full guideline. Methods, evidence and recommendations. National Institute for Health and Care Excellence. 2018</p> <p>Ruhé HG et al. Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. Journal of Affective Disorders 137 (2012) 35–45</p> <p>Fekadu A, Donocik JG, Cleare AJ. Standardisation framework for the Maudsley staging method for treatment resistance in depression. BMC Psychiatry (2018) 18:100 <a href="https://doi.org/10.1186/s12888-018-1679-x">https://doi.org/10.1186/s12888-018-1679-x</a></p>	

Continúa...

... continuación

OBSERVACIONES	<p>Se asume que el tratamiento es correcto cuando considera lo siguiente:</p> <p>Tratamiento integral básico:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento farmacológico</li><li>• Psicoeducación al paciente y la familia</li><li>• Psicoterapia individual o de grupo</li></ul> <p>El tratamiento debe corresponder a la clasificación derivada de las escalas Thase and Rush o Maudsley, según sea el caso.</p> <p>El abordaje para cada Estadío de Thase and Rush se encuentra descrito en el Manual de Procedimientos del Programa para DRT del INPRFM</p>
---------------	--

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	9	
NOMBRE	Asistencia a curso de psicoeducación especializada sobre la DRT	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes que terminan el curso de psicoeducación en DRT (mínimo 80% de asistencia a las sesiones)	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT que terminan el curso de psicoeducación en DRT con 80% o más de asistencia a las sesiones X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes diagnosticados con DRT con más de 6 meses en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Registro de asistencia al curso	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del Programa de DRT del INPRFM Curso psicoeducativo en DRT del INPRFM VAI para DRT del INPRFM  NICE. Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90]. National Institute for Health and Care Excellence. 2009  NICE. Depression in adults: treatment and management. Full guideline. Methods, evidence and recommendations. National Institute for Health and Care Excellence. 2018	
OBSERVACIONES	El curso de psicoeducación cuenta con ocho sesiones (presenciales o en línea) más una de cierre Se mide cada 6 meses	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	10	
NOMBRE	Pacientes con DRT con Tratamiento Psicoterapéutico	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT que reciben psicoterapia, en cualquier modalidad, como parte integral de su tratamiento	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT que reciben psicoterapia X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes diagnosticados con DRT que terminaron el curso de psicoeducación o a quienes el psiquiatra recomendó inicio temprano de psicoterapia y que fueron admitidos en el servicio	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Servicio de psicoterapia del INPRFM	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	11	
NOMBRE	Pacientes con DRT que han fallado a tres alternativas de Tratamiento farmacológico cuyos casos son presentados en sesión multidisciplinaria para revisión de casos difíciles	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes que han fallado a tres alternativas de Tratamiento farmacológico (después de seis semanas para cada fallo) cuyo caso es presentado en sesión multidisciplinaria para revisión de casos difíciles para decidir en conjunto la mejor línea de Tratamiento o referencia a otro servicio/institución	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT que han fallado tres alternativas de Tratamiento farmacológico (después de seis semanas para cada fallo) cuyo caso es presentado en sesión multidisciplinaria para revisión de casos difíciles X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT que han fallado a tres alternativas de Tratamiento farmacológico (después de seis semanas para cada fallo)	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Reporte de sesión multidisciplinaria para revisión de casos difíciles	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se mide cada año Para programar sesión multidisciplinaria de caso difícil es necesario que se hayan llevado a cabo tres alternativas de tratamiento farmacológico fallidas, cada alternativa con seis semanas de duración	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	12	
NOMBRE	Indicación adecuada de Terapia Electroconvulsiva o Estimulación Magnética Transcranial Repetitiva	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de Pacientes con DRT que han recibido dosis máxima de AD con potenciador (ej. Esketamina) sin contraindicaciones o con ideación suicida persistente a los que se indica TEC o EMTR	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR	Pacientes con DRT que reúnen los requisitos X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT que han recibido dosis máxima de AD con potenciador sin contraindicaciones o con ideación suicida persistente	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente	
ORIGEN Y REFERENCIA	<p>Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM</p> <p>VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM</p> <p>Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. APA 2010 Handbook of ECT. A Guide of Electroconvulsive Therapy for Practitioners. Cambridge University 2019</p>	
OBSERVACIONES	<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que rechazan terapia farmacológica</li> <li>• Pacientes que han presentado reacciones secundarias severas a los fármacos</li> <li>• Embarazadas</li> <li>• Pacientes con TDM que requieran TEC o EMTR como terapia coadyuvante</li> <li>• Pacientes que no tengan contraindicaciones para recibir dicho tratamiento de acuerdo a los manuales citados</li> </ul> <p>Se mide cada año Excluir a paciente que no aceptan o por alguna razón NO SE PUEDE aplicar TEC</p>	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	13	
NOMBRE	Valoración de adherencia terapéutica en DRT	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT con 4 meses o más de haber iniciado tratamiento, en quienes se valora adherencia al tratamiento psicofarmacológico en cada consulta de seguimiento	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT con 4 meses o más de haber iniciado tratamiento en quienes se valora adherencia al tratamiento psicofarmacológico en cada consulta de seguimiento X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT atendidos en el servicio de Psiquiatría	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Escala de Adherencia a medicamentos	
ORIGEN Y REFERENCIA	<p>Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM</p> <p>VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM</p> <p>Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. APA 2010</p> <p>Handbook of ECT. A Guide of Electroconvulsive Therapy for Practitioners. Cambridge University 2019</p> <p>Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) En adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017;34(2):245-9. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2206.</p>	
OBSERVACIONES	<p>Se mide cada cuatro meses</p> <p>Se evalúa mediante la aplicación de la escala Morisky en cada consulta de seguimiento</p> <p>Puntaje <math>\geq 8</math> en escala MMAS-8 se interpreta como una adherencia adecuada al tratamiento psicofarmacológico</p>	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: OPORTUNIDAD
No. INDICADOR	14	
NOMBRE	Consultas de seguimiento para pacientes con DRT programadas en un tiempo menor o igual a 6 semanas respecto de la consulta previa	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de consultas de seguimiento para pacientes con DRT programadas en un tiempo menor o igual a 6 semanas respecto de la consulta previa	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de Consultas de seguimiento para pacientes con DRT programadas en un tiempo menor o igual a 6 semanas respecto de la consulta previa X 100	
DENOMINADOR	Total de consultas de seguimiento para pacientes con DRT programadas en un año	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Reporte de Trabajo social	
ORIGEN Y REFERENCIA	<p>Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM</p> <p>VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM</p> <p>Taylor D. Barnes TRE, Young AH. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 13th Edition. Wiley Blackwell 2018.</p> <p>HICKS PB et al. Predictability of Nonremitting Depression After First 2 Weeks of Antidepressant Treatment: A VAST-D Trial Report. Psych Res Clin Pract 2019; 1:58-67; doi:10.1176/appi.prcp.20190003</p> <p>Machado R et al. The Timing of Antidepressant Effects: A Comparison of Diverse Pharmacological and Somatic Treatments. Experimental Therapeutics, Mood and Anxiety Disorders Program, National Institute of Mental Health, and Department of Health and Human Services, Bethesda, MD 20892, USA. Pharmaceuticals 2010, 3, 19-41; doi:10.3390/ph3010019</p>	
OBSERVACIONES	Se mide cada año en las consultas de seguimiento programadas	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	15	
NOMBRE	Pacientes con DRT que mantienen al menos el 75% de la asistencia a citas de seguimiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT que mantienen al menos el 75% de la asistencia a consultas de seguimiento	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT que mantienen al menos el 75% de la asistencia a citas de seguimiento X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT atendidos con un mínimo de 12 meses en seguimiento	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Reporte de Trabajo social	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM  VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: OPORTUNIDAD
No. INDICADOR	16	
NOMBRE	Pacientes con DRT que alcanzan la remisión clínica en un tiempo menor o igual a un año	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT que alcanzan la remisión clínica en un tiempo menor o igual a 12 meses	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT que alcanzaron la remisión clínica en un tiempo menor o igual a 12 meses X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT que alcanzaron la remisión clínica	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente Manual del Programa para DRT del INPRFM VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: ACP
No. INDICADOR	17	
NOMBRE	Pacientes con DRT que abandonan el tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT que abandonan el tratamiento por cualquier causa no mortal	
FÓRMULA		
NUMERADOR	No. de pacientes con DRT que abandonan el tratamiento X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT atendidos	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Base de datos de los pacientes del programa Reporte de Trabajo social	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM  VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se mide cada año Abandono significa que el paciente no acude a tres citas de seguimiento consecutivas. Otra forma de definir el abandono es que el paciente no haya regresado a consulta de seguimiento en un período de 18 semanas o más	

<b>INDICADORES DRT</b>		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: SEGURIDAD
No. INDICADOR	18	
NOMBRE	Cambio de medicamento por efectos secundarios al tratamiento farmacológico	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes que requirieron cambio de medicamento por presentar efectos secundarios	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con DRT en quienes se prescribió cambio de medicamento por efecto secundario X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT atendidos que presentaron efectos secundarios	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se evalúa con la escala UKU Se mide cada año	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: SEGURIDAD
No. INDICADOR	19	
NOMBRE	Suicidios en pacientes con DRT	
DESCRIPCIÓN	Número de pacientes con DRT en la VAI que mueren por suicidio	
<b>FÓRMULA:</b>	Indicador centinela: número absoluto	
NUMERADOR	No aplica	
DENOMINADOR	No aplica	
FUENTE DE DATOS	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente o del Programa para DRT del INPRFM  VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del Programa de DRT del INPRFM VAI para DRT del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	20	
NOMBRE	Valoración de riesgo suicida del paciente con DRT	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de consultas de seguimiento en las que se realiza valoración de riesgo suicida del paciente con DRT	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR	Consultas de seguimiento en las que se valoró riesgo suicida X 100	
DENOMINADOR	Total de consultas de seguimiento durante un año	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Referencias y contrarreferencias a otros hospitales psiquiátricos Nota de valoración en APC Reporte de Trabajo social	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del Programa de DRT del INPRFM VAI para DRT del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se mide cada año Se mide riesgo suicida con escala de intencionalidad suicida de Beck que se aplica en cada consulta del Programa de DRT	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	21	
NOMBRE	Indicación de hospitalización ante riesgo suicida del paciente con DRT	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de consultas en las que se identificó riesgo suicida y se indica al paciente internamiento o se brinda hoja de contrarreferencia para su internamiento en otra institución psiquiátrica.	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR	Consultas en las que se identificó riesgo suicida y se indica al paciente internamiento o se brinda hoja de contrarreferencia para su internamiento en otra institución psiquiátrica X 100	
DENOMINADOR	Total de consultas en las que se identificó riesgo suicida durante un año	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Referencias y contrarreferencia a otros hospitales psiquiátricos Nota de valoración en APC Reporte de Trabajo social	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del Programa de DRT del INPRFM VAI para DRT	
OBSERVACIONES	Se mide cada año Se mide riesgo suicida con escala de intencionalidad suicida de Beck que se aplica en cada consulta del Programa de DRT	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	22	
NOMBRE	Hospitalización de pacientes con DRT con riesgo alto de suicidio	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT con riesgo alto de suicidio que son hospitalizados	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR	Número de pacientes con DRT con riesgo alto de suicidio que son hospitalizados X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT con riesgo alto de suicidio que se les indicó hospitalización	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Referencias y contrarreferencia a otros hospitales psiquiátricos Nota de valoración en Atención Psiquiátrica Continua (APC) Reporte de Trabajo social	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del Programa de DRT del INPRFM VAI para DRT	
OBSERVACIONES	Se mide cada año Se mide riesgo suicida con escala de intencionalidad suicida de Beck que se aplica en cada consulta del Programa de DRT	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	PACIENTES SIN CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE DRT	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	23	
NOMBRE	Pacientes con DRT que son dados de alta hasta con 12 meses de remisión sostenida	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT son dados de alta hasta con 12 meses de remisión sostenida	
<b>FÓRMULA:</b>		
NUMERADOR:	Número de pacientes con DRT que son dados de alta con hasta 12 meses de remisión sostenida X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes diagnosticados con DRT atendidos con un mínimo de 18 meses de seguimiento	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Base de datos de los pacientes del programa	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente  Manual del Programa para DRT del INPRFM  VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se mide cada año. El alta considera remisión a los 12 meses de tratamiento y mantenimiento de la misma durante seis meses	

INDICADORES DRT		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	PACIENTES SIN CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE DRT	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	24	
NOMBRE	Recurrencia en pacientes con DRT dentro de los 12 meses posteriores al alta	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DRT dados de alta que muestran una recurrencia que amerita su reingreso a la VAI	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con DRT con recurrencia que amerita su reingreso a la VAI dentro de los 12 meses posteriores al alta X 100	
DENOMINADOR	Total de pacientes con DRT dados de alta desde hace 12 meses	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente Base de datos de los pacientes del programa	
ORIGEN Y REFERENCIA	Manual de Procedimientos del servicio/institución que brinda la atención al paciente Manual del Programa para DRT del INPRFM VAI para DRT del servicio/institución que brinda la atención al paciente VAI para DRT del INPRFM DSM V	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	
	Con base en los criterios diagnósticos para Trastornos Depresivo Mayor del DSM V	



## Anexo 3

### Formato de Ensayos Terapéuticos

#### Vía de Atención Integrada para la mejora de la atención de la Depresión Resistente al Tratamiento

**Datos del paciente:**

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha:**

**Institución de salud de origen:**

**Instrucciones**

El presente es un formato que tiene el objetivo de recabar la mayor información posible en relación con los tratamientos para tratar la depresión que usted ha recibido hasta el día de hoy. Nos interesa conocer el tiempo y la dosis máxima que usted tomó, así como el nivel de mejoría que pudo o no haber percibido. Se enlistan alfabéticamente los fármacos que con mayor frecuencia se utilizan para el manejo de la depresión, localice aquel que le fue indicado y complete las casillas con la información solicitada. Habrá información que tal vez usted no recuerde, no se preocupe, trate de completar la mayor cantidad de información posible. En caso de que a usted le hayan indicado un medicamento para la depresión que no se encuentre en la lista, favor de incluirlo al final de esta.

NOMBRE GENERICO	FECHA APROXIMADA DE INICIO DEL FARMACO	FECHA APROXIMADA DE SUSPENSIÓN DEL FARMACO	DOSIS MAXIMA QUE TOMÓ	DURACIÓN EN SEMANAS CON LA DOSIS MAXIMA INDICADA	MOTIVO DE SUSPENSIÓN	MEJORIA DE LOS SINTOMAS
		En caso de que aún lo siga tomando indíquelo en la casilla	Se refiere a la dosis máxima que tomó de este medicamento. En ocasiones el médico inicia el tratamiento con una dosis pequeña, lo que nos interesa saber es el tiempo en semanas que duró con la mayor dosis del medicamento indicada.	Se refiere a la cantidad de semanas con la que se mantuvo usted con la dosis máxima. Indique 0 en caso de que haya sido un tiempo menor a 1 semana.	Elija una de las siguientes opciones, por favor: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. El médico indicó el cambio.</li> <li>b. Efectos adversos intolerables</li> <li>c. Falta de respuesta</li> <li>d. Otro. Especifique</li> </ul>	Describa usted el nivel de mejoría presentado al momento que tomó usted el medicamento.  Tome en cuenta un 10 como el mejor estado de mejoría y 0 como el peor

Agomelatina						
Amantadina						
Amisulpirida						
Amitriptilina						
Amoxapina						
Aripiprazol						
Armodafinilo						
Asenapina						
Atomoxetina						
Bromocriptina						
Buprenorfina						
Bupropión / Anfetamona						
Buspirona						
Cabergolina						
Carbamazepina						
Citalopram						
Clomipramina						
Clonidina						
Clorpromazina						
Clotiapina						
Clozapina						
d-cycloserina						
Desipramina						
Desvenlafaxina						
Dexametasona						

Dexanfetamina						
Dexmetilfenidato						
Doxepina						
Duloxetina						
ECDt						
Escitalopram						
Esketamina						
Estimulación del Nervio Vago						
Estrógeno conjugado						
Fenelzina						
Fenitoína						
Flufenazina						
Fluoxetina						
Flupentixol						
Fluvoxamina						
Focalin						
Gabapentina						
Haloperidol						
Hidroxicina						
lloperidona						
Imipramina						
Indalpina						
Inositol						
Ketamina						
Ketamina						

Ketanserina						
Lamotrigina						
Levetiracetam						
Levomepromazina						
Levomilnacipran						
Litio						
Lurasidona						
Maprotilina						
Melatonina						
Melperona						
Metilfenidato						
Metirapona						
Mianserina						
Mifepristona						
Milnacipran						
Mirtazapina						
Moclobemida						
Modafinil						
Nefazodona						
Nemifitida						
Nortriptilina						
Olanzapina						
Omega 3 EPA						
Oxcarbazepina						
Paliperidona						
Paroxetina						

Perfenazina						
Pimozida						
Pindolol						
Pirovalerone						
Pramipexol						
Prazosina						
Pregabalina						
Promazina						
Propranolol						
Quetiapina						
Rasagilina						
Reboxetina						
Riluzole						
Risperidona						
Ritanserina						
Ropinirol						
Selegilina						
Sertindol						
Sertralina						
Setiptilina						
Sulpiride						
Tamoxifeno						
Terapia Lumínica						
Testosterona						
Tiagabina						
Tioridazina						

Tiroxina						
Topiramato						
Tranilcipromina						
Trazodona						
Trifluoperazina						
Triptofano						
Triyodotironina						
Valproato de sodio						
Valproato semisódico						
Venlafaxina						
Vilazodona						
Viloxazina						
Vortioxetina						
Yerba de San Juan						
Zinc						
Ziprasidona						
Zuclopentixol						
Terapia Electroconvulsiva						
Estimulación Magnética Trascraneal						
Estimulación del Nervio Vago						

\*Este es un formato de libre acceso, y puede ser adaptado y membretado por la Institución de salud que desarrolle e implemente la VAI para DRT



## Anexo 5

### Escala Morisky de Adherencia a la medicación

Versión de trabajo utilizada en la Clínica del Trastornos del Afecto del INPRFM

ANEXO 5 Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems)			
	Nombre		
	Fecha		
	Diagnóstico		
	Número de medicamentos		
MMAS_1	¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Si	No
MMAS_2	Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas ¿dejó de tomar su medicina algún día?	Si	No
MMAS_3	¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si	No
MMAS_4	¿Cuando viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Si	No
MMAS_5	¿Se tomó sus medicinas ayer?	Si	No
MMAS_6	Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Si	No
MMAS_7	Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Si	No
MMAS_8	¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?		
	Nunca	<input type="radio"/>	
	Casi Nunca	<input type="radio"/>	
	Algunas veces	<input type="radio"/>	
	Frecuentemente	<input type="radio"/>	
	Siempre	<input type="radio"/>	

TOTAL      0

8-Alta

6-7 Media

>6 Baja



## **Anexo 8**

### Evaluación Global de Funcionamiento GAF

# **Escala de evaluación global de funcionamiento**

o

# **Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)**

# **Global Assessment of Functioning Scale (GAF)**

Adaptada de:

Martínez Azumendi O. Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada. Bilbao: OME-AEN. Colección Prometeo, 2004.

En red: <http://www.ome-aen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaEEAG.pdf>

Versión original:

American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA, 1994.



Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo (1-100) de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). La evaluación es del funcionamiento de la persona durante los últimos 12 meses.

**Código. Nota:** Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

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

## Normas de administración y puntuación

En: Martínez Azumendi O. Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada. Bilbao: OME-AEN. Colección Prometeo, 2004.

- Concepto. Se trata de una escala que se adjunta al DSM IV para la valoración del nivel de funcionamiento a lo largo de un continuo de salud-enfermedad.

En: Bobes J, Portilla MP G, Bascarán MT, Saiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.; 2004.

- Administración: instrumento heteroplicado.
- Consta de única puntuación entre 1 (expectativa manifiesta de muerte) y 100 (actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de su vida, es valorado/a por lo demás a causa de sus abundantes cualidades positivas).
- Puntuación: Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.
- Esta escala ha sido criticada porque en algunos de los criterios operativos que facilita incorpora síntomas mezclándolos con la discapacidad, por lo que se aconseja utilizar la escala de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que separa síntomas de discapacidad.

En González A, Echeburúa E, González-Pinto A. Diseño y evaluación de un programa de intervención psicológica para pacientes con trastornos bipolar refractarios al tratamiento. Un estudio piloto. Análisis y modificación de conducta. 2003; 29(127): 649-671

- Administración: La puntuación es anotada por el/la evaluador/a tras una entrevista previa con respecto a los síntomas que tiene, a las actividades que realiza y a las relaciones sociales en las que se apoya.

