

Vía de Atención Integrada
para la **mejora** de la **atención**
de la **depresión resistente**
al **tratamiento** en el
Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz



Instituto Nacional
de Salud Pública



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Vía de Atención Integrada. 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.

Vía de Atención Integrada para la mejora de la atención de la depresión resistente al tratamiento en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Primera edición, 2021

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

ISBN 978-607-511-214-5

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.

Grupo elaborador de la Vía de Atención Integrada

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Claudia Becerra Palars

claudiapalars@yahoo.com.mx

Dra. Joanna Jimenez Pavón

joannajmz@comunidad.unam.mx

Dra. Jessica Zapata Tellez

psic.zapata@gmail.com

Dr. Raul Ivan Escamilla Orozco

rescam1@hotmail.com

Dr. Hiram Ortega Ortiz

drhiramortega@hotmail.com

Instituto Nacional de Salud Pública

Dra. Ofelia Poblano Verástegui

Investigador principal

ofelia.poblano@insp.mx

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández

Co-investigador

pedro.saturno@insp.mx

Mtro. José de Jesús Vertiz 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. Rafael Santos Atilano

Asesor técnico

satilan1@its.jnj.com

Presentación	6
Características de la Vía de Atención Integrada	8
• Título	8
• Justificació	8
• Objetivo	9
• Población diana	9
• Límites del proceso contemplado en la VAI	9
• Aspectos contemplados	9
• Ámbito o contexto	10
• Usuarios finale	10
• Servicios implicados	10
Composición del grupo elaborador de la Vía de Atención Integrada: profesionales y servicios representados	11
Principales formatos y documentos para la implementación de la VAI	12
• Matriz temporal de actividades	13
• Hoja de variaciones	23
• Hoja de información para paciente y familiares	24
• Encuesta sobre experiencia con la atención y calidad percibida por el paciente	26
Flujogramas del proceso de atención	27
• Flujograma básico: Fases o bloques de actividades	27
• Flujograma detallado del proceso de atención	28
Indicadores para la monitorización de la VAI para DTR del INPRFM	37
Descripción detallada de actividades del proceso de atención según tipo de profesional y fase del proceso	63
• Fase 1: Detección	63
• Fase 2: Evaluación diagnóstica	64
• Fase 3: Tratamiento farmacológico, no farmacológico, intervención psicosocial y psicoterapéutica	65
• Fase 4: Seguimiento y evaluación de la intervención	69
• Fase 5: Paciente sin criterios de inclusión al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	72
Bibliografía	73
ANEXOS	75
Anexo 1: Preguntas clínicas surgidas en el desarrollo de la VAI y respuestas según evidencia científica y p oblemas organizacionales planteados y soluciones propuestas en la VAI para DRT del INPRFM	
Anexo 2: Cuestionario de evaluación del aprendizaje del paciente	
Anexo 3: Hoja de interconsulta	
Anexo 4: Hoja de ensayos terapéuticos	
Anexo 5: Escalas HRSD y MADRS	
Anexo 6: Escala Morisky de Adherencia a la medicación	
Anexo 7: Escala UKU de Efectos secundarios	
Anexo 8: Cuestionario WHODAS	
Anexo 9: Evaluación Global de Funcionamiento GAF	

La Clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) corresponde hoy a lo que anteriormente se denominaba Clínica de Trastorno Bipolar, la cual fue creada de forma oficial en el año 2006 bajo la iniciativa del Dr. Carlos Berlanga Cisneros y la coordinación de la Dra. Doris Gutiérrez Mora.

En octubre de 2007, la clínica cambió su nombre a Clínica de Trastornos del Afecto bajo la supervisión de la coordinadora, la Dra. Claudia Becerra Palars. Este renombramiento se relacionó con el cambio en su misión y visión. Además, durante este año la clínica creció en infraestructura física disponible para su desarrollo, ya que en 2006 se contaba con sólo un consultorio asignado a la clínica en el Módulo A, y era atendida por el médico residente de tercer año y alumnos de la Maestría en Ciencias Médicas bajo la supervisión de la coordinadora.

En marzo de 2008, se incorporó el Curso de Posgrado de Alta Especialidad Médica avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con un primer alumno en el periodo de marzo de 2008 a febrero de 2009. Al día de hoy, la Clínica de Trastornos del Afecto está integrada por tres médicos adscritos, dos alumnos del curso de alta especialidad, residentes rotatorios de 3.er año y residentes rotatorios de 4.o año internos y externos a la institución. Además de contar con pasantes de servicio social de las licenciaturas de nutrición, psicología y trabajo social y alumnos de maestría y doctorado en Ciencias Médicas y Ciencias de la Salud que realizan su trabajo de investigación en la clínica.

Asimismo, desde 2013 se abrió el rubro de atención de pacientes con depresión resistente a tratamiento a través del Programa de Depresión Resistente al Tratamiento para evaluar a pacientes con depresión unipolar que pudieran cumplir criterios para la resistencia a tratamiento. Dicho rubro estuvo a cargo inicialmente de la Dra. Lorena Rodríguez Bores y actualmente de la Dra. Joanna Jiménez Pavón.

Es así que se ha logrado un incremento en la productividad asistencial, de investigación y en el aumento en la capacidad para el desarrollo de programas de apoyo psicosocial para el paciente y sus familiares. A su vez, esto ha facilitado que la Clínica de Trastornos del Afecto del INPRFM se consolide como clínica líder a nivel nacional en la atención, investigación y docencia en trastornos del afecto y genere modelos de atención para diversos padecimientos como la depresión resistente a tratamiento.

Presentación

La Vía de Atención Integrada (VAI) –antes vía clínica, derivada del inglés *clinical pathways*– se define 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”.¹

La VAI para la mejora de la atención de pacientes con depresión resistente al tratamiento (DRT) del INPRFM se elaboró como un esfuerzo conjunto del personal del Programa de Depresión Resistente al Tratamiento de la Clínica de Trastornos del Afecto del propio Instituto y del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

La estructura de este documento se describe a continuación. En primer lugar, se presentan las características generales de la VAI-DRT en una especie de ficha informativa que sintetiza los aspectos generales que posteriormente serán descritos con mayor detalle. En el siguiente apartado se presenta 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. Enseguida, se detalla el procedimiento seguido para elaborar la vía; se destaca que las principales discusiones que entabló el grupo de expertos en torno a temas clave fueron el tratamiento farmacológico, la terapia electroconvulsiva, las escalas para diagnóstico de la DRT, la psicoterapia y otros procesos anteriormente poco considerados en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento.

Los psiquiatras participantes aportaron documentos y revisiones sistemáticas de artículos científicos para abundar en la discusión del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Para el desarrollo de la VAI fue muy relevante el Manual de la Clínica de Atención a Trastornos Psicoafectivos del INPRFM. Además, para las escalas seleccionadas como apoyo diagnóstico en los ensayos terapéuticos, se discutió ampliamente las que ofrecen más ventajas y son factibles para su uso.

Después de señalar las características de la VAI, se presenta la parte esencial de esta vía: los instrumentos que fueron elaborados por los expertos con el propósito de orientar la organización de la atención a personas con DRT, y son:

- 1) matriz temporal, que reseña todas las actividades realizadas en el proceso de atención, al tiempo que indica los tiempos considerados óptimos entre una actividad y otra, en beneficio del paciente;
- 2) hoja de variaciones, donde se registran las posibles variaciones ocurridas en el proceso de atención;

¹ Saturno-Hernández PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180914_Manual-Vias_Clinicas.pdf

- 3) hoja de información al paciente, tríptico donde de manera sencilla y puntual se informa el paciente cual es su proceso de atención, por lo que en ocasiones se denomina también vía del paciente; y finalmente,
- 4) encuesta de la experiencia del paciente, en la cual se cuestiona de forma intencionada al paciente sobre su proceso de atención, a fin de lograr la retroalimentación que permita seguir mejorando el proceso.

En el apartado que sigue a los instrumentos, se describen las actividades de cada una de las etapas que los expertos establecieron para la VAI-DRT, además de que se presentan los diagramas de flujo correspondientes. Posteriormente se incluye la lista de indicadores para la monitorización, destacando la intención, en términos del atributo de la calidad y relevancia de la medición.

Al final, se incluye la bibliografía consultada y la matriz de preguntas clínicas y organizacionales, así como los anexos con los instrumentos necesarios para la aplicación de la VAI.

Todas las vías de atención integrada deben ser pilotadas y, con base en esos resultados, afinadas y ajustadas para su mejor funcionamiento. Sin embargo, esto no ha sido posible, básicamente por las condiciones que la pandemia SARS-CoV-2 ha impuesto a los sistemas de salud a escala global. Queda pendiente, entonces, la realización de un piloto para los instrumentos principales de la VAI-DRT en el INPRFM, que aporte datos para su mejor ajuste e implementación.

Características de la Vía de Atención Integrada

1. Título

Vía de Atención Integrada para la mejora de la atención de la depresión resistente al tratamiento en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

2. Justificación

El trastorno depresivo mayor (TDM) suele ser recurrente y, a menudo, el inicio de un episodio depresivo que se relaciona con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes. Se reporta que el tratamiento convencional es por medio de medicamentos antidepresivos y de la terapia cognitiva, que han demostrado ser eficaces en cerca de 60% de los pacientes. Por otra parte, la depresión resistente a tratamiento (DRT) se presenta hasta en un 40% de los pacientes.²

La DRT es un fenómeno clínico complejo que podría reflejar una variedad de subtipos depresivos no respondedores o con comorbilidad psiquiátrica y enfermedades médicas coexistentes. Se trata de 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 sean resistentes al tratamiento.³

Existe una escasa evidencia acerca de la definición de DRT en los diferentes manuales y su comparación es metodológicamente difícil. Por lo que el diagnóstico de DRT se basa en una observación y valoración cuidadosa de la evolución clínica del paciente, de los diferentes tratamientos farmacológicos utilizados, de las impresiones clínicas de severidad de los cuadros que presentan los pacientes entrevistados, de las eventuales mejorías o no mejorías, que se registren a partir de la información suministrada por el paciente o por alguien de su entorno que pueda dar cuenta de esos datos.⁴

Es indispensable que los profesionales de la salud tomen responsabilidad de la atención que proporcionan a personas con DRT y hagan conciencia de que su trabajo constituye un factor crítico de

² Pérez EA, Cervantes VM, Hijuelos NA, Pineda JC, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la Depresión Mayor. Rev Biomed. 2017;28(2):89-115. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>

³ Corrales A, Cetkovich-Bakmas M, Corral R, García-Bonetto G, Herbst L, Lupo C, et al. Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2020;31:1-40.

⁴ Corrales A, Cetkovich-Bakmas M, Corral R, García-Bonetto G, Herbst L, Lupo C, et al. Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2020;31:1-40.

cambio para la obtención de mejores resultados. Entre otros rubros, se puntualizan los siguientes:

- La elaboración de vías de atención integrada, 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 donde trabajan.
- Avanzar en la sistematización de la atención: prevención, promoción, atención y control. El INSP ha promovido proyectos innovadores de evaluación y mejora de la calidad de la atención en diversas áreas de la salud pública, y cuenta con un equipo de expertos con la experiencia y el conocimiento necesarios para conducir la elaboración de vías de atención integrada.

Los resultados de diferentes programas de acción para desarrollar e introducir guías basadas en evidencia y guías de práctica clínica 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, muestran 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.^{5,6}

Este proyecto pretende ser pionero en la elaboración de vías de atención integrada en el país, como una estrategia 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.

El protocolo del proyecto fue sometido a comisiones en el INSP y, una vez aprobado, compartido con el INPRFM para ser registrado ante sus propios comités de investigación y ética.

3. Objetivo

Elaborar una VAI para los pacientes con DRT del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, así como una propuesta de la estrategia de implementación.

4. Población Diana

Pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) que presentan resistencia al tratamiento del INPRFM.

5. Límites del proceso contemplado en la VAI

Etapa de detección temprana de la DRT, atención estandarizada y sistemática que garantice calidad en el proceso de atención hasta que el paciente no presente criterios de inclusión al Programa de Depresión Resistente al Tratamiento de la Clínica de Trastornos del Afecto.

6. Aspectos contemplados

Actividades bajo la responsabilidad del personal de salud en la atención y cuidados de los pacientes con DRT en el INPRFM.

⁵ Härter M, Bermejo I, Günter O, Schneider F, Gaebel W, Hegerl U, et al. Improving quality of care for depression: The German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(2):113-19. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi089>

⁶ Bermejo I, Schneider F, Kriston L, Gaebel W, Hegerl U, Berger M, Härter M. Improving outpatient care of depression by implementing practice guidelines: a controlled clinical trial. *Inter J Qual Health Care*. 2009;21(1):29-36. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn050>

7. Ámbito o contexto

Clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

8. Usuarios finales

Personal involucrado y/o responsable del proceso de atención del paciente con DRT: médicos psiquiatras, residentes de psiquiatría, psicoterapeutas, personal de enfermería, de terapia de neuroestimulación, de trabajo social, de laboratorio y administrativo del INPRFM.

9. Servicios implicados

- **Área médica:** médicos psiquiatras generales, residentes de psiquiatría, psiquiatras especialistas de la Clínica de Trastornos del Afecto del INPRFM.
- **Área paramédica:** enfermería, psicología y psicoterapia.
- **Servicios administrativos:** admisión, archivo clínico, trabajo social y secretarías.
- **Servicios auxiliares:** laboratorio clínico, áreas de terapia electroconvulsiva, de estimulación magnética transcraneal repetitiva, imagenología.

Composición del grupo que participó en el desarrollo de la Vía de Atención Integrada: profesionales y servicios representados

Grupos profesionales

Psiquiatría:

- Dra. Claudia Becerra Palars
- Dr. Raul Ivan Escamilla Orozco
- Dra. Joanna Jimenez Pavón
- Dr. Hiram Ortega Ortiz

Psicoterapia:

- Dra. Elsa Georgina Tirado Durán
- Dra. Jessica Zapata Tellez

Trabajo social:

- Lic. T.S. Guadalupe Copado

Principales formatos y documentos de la Vía de Atención Integrada

Matriz temporal de actividades

RESPONSABLE	CITA 1 Primer contacto	CITA 2-3 Primera cita de valoración y reajuste farmacológico (max. 15 días desde la cita 1)	CITA 4 Primera consulta de seguimiento farmacológico (max. 15 días desde la cita 2-3) Psicoeducación	CITA 5 Consultas subsecuentes de seguimiento Cada 4-6 semanas	CITA ... Consulta de valoración de permanencia en el programa	CITA ... Psicoterapia Sesión de casos difíciles	CITA ... Seguimiento de psicoterapia Referencia/contrarreferencia	CITA... Paciente sin criterios de inclusión al Programa de Depresión Resistente al Tratamiento (o remisión) Contrarreferencia del paciente a Psiquiatría General
Psiquiatra General Residente de Psiquiatría	Identificar a pacientes con diagnóstico previo de depresión mayor que han recibido, en un período de 12 semanas, dos ensayos farmacológicos validados sin mostrar respuesta al tratamiento (con 1 o 2 escalas HAMD-17 ≥ 7 y/o MADRS ≥ 11). Los pacientes pasan a la etapa de evaluación diagnóstica. Interconsulta al Programa de Depresión Resistente al Tratamiento de la Clínica de Trastornos del Afecto.		Confirmación de asistencia del paciente a la cita de valoración. Valoración de efectos adversos. Corroborar adherencia inicial al tratamiento. Se brinda psicoeducación al paciente.	Seguimiento Responsabilidad compartida Sesiones alternadas con el psiquiatra general y el psiquiatra especialista. Reajuste de tratamiento farmacológico, previo acuerdo con el psiquiatra especialista.				

Continúa...

... continuación

<p>Personal de apoyo administrativo</p> <p>Secretaría</p> <p>Médicos que laboran en la Clínica de Trastornos del Afecto</p>	<p>Programación de cita de valoración en el Programa de Depresión Resistente al Tratamiento de la Clínica de Trastornos del Afecto.</p> <p>Coordinación y acompañamiento de la atención del paciente.</p> <p>Se le brinda hoja de información al paciente del proceso de atención.</p>		<p>Reprogramación de cita de valoración en la Clínica de Trastornos del Afecto.</p> <p>Se registra fecha de la cita en agenda física del médico asignado, en la agenda electrónica y en el carnet del paciente.</p>		<p>Asignación de cita de psicoterapia.</p> <p>Máximo 15 días después de la solicitud de interconsulta.</p> <p>Módulo D o F</p> <p>Se revisa el sistema de hospital.</p> <p>Se asigna al terapeuta en función de la disponibilidad.</p>			
<p>Psiquiatra de la Clínica de Trastornos del Afecto</p> <p>Residente de Psiquiatría de Alta Especialidad</p> <p>Jefe de Servicio de la Clínica de Trastornos del Afecto</p>		<p>Evaluación de diagnósticos diferenciales y comorbilidades.</p> <p>Entrevista médica y psiquiátrica estructurada con exploración física.</p> <p>Solicitar estudios de laboratorio, así como estudios de imagen y de gabinete.</p> <p>Evaluación de respuesta a ensayos terapéuticos previos según Guía de Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor y la Guía del Programa de Depresión Resistente al Tratamiento del INPRFM.</p> <p>Aplicación de escala Morisky y escala UKU.</p> <p>Confirmación diagnóstica</p>		<p>Seguimiento</p> <p>Responsabilidad compartida</p> <p>Sesiones alternadas con el psiquiatra general y el psiquiatra especialista.</p> <p>Corroborar mejoría clínica por escalas HAMD-17 o MADRS hasta alcanzar remisión clínica de la depresión resistente a tratamiento (puntaje HAMD-17 < 7, MADRS < 11)</p> <p>En caso de requerir ajuste al tratamiento farmacológico se hará de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>Primera intervención a dosis máxima + potenciador con falla:</p>	<p>Valoración de permanencia al programa.</p> <p>Si durante cualquier consulta de seguimiento se consigue remisión clínica de la depresión resistente a tratamiento (puntaje HAMD-17 < 7, MADRS < 11) el paciente pasa a fase de mantenimiento por seis meses.</p> <p>Se mantiene con el mismo tratamiento farmacológico con el que se alcanzó remisión clínica</p> <p>Si durante seis meses continúan en remisión de depresión resistente a tratamiento, se determina que hay una remisión sostenida</p>	<p>Sesión para revisión de caso difícil</p> <p>Con especialistas invitados</p> <p>Pacientes con depresión resistente a tratamiento en estadio V en escala Thase and Rush se presenta en "sesión de caso difícil" para decidir conducta terapéutica</p> <p>Después de que han fallado tres alternativas de tratamiento farmacológico (después de seis semanas para cada fallo)</p> <p>Se agenda reunión martes o viernes. Acuden médicos adscritos, residentes, jefe del servicio y algún jefe de otro servicio si se considera necesario.</p>	<p>Psiquiatra entrega hoja de referencia para enviar a otra institución. Cuando se determina en la sesión de casos difíciles</p> <p>En caso de pacientes con riesgo suicida</p> <p>Existencia de comorbilidades</p>	<p>Cuando el paciente está en remisión sostenida de la depresión resistente a tratamiento durante seis meses.</p> <p>Se hace la contrarreferencia de la Clínica de Trastornos del Afecto a Psiquiatría General donde continúa la vigilancia del estado de remisión con el psiquiatra tratante.</p> <p>Se dan citas de seguimiento cada 2 o 3 meses intercaladas entre el servicio de Psiquiatría General y el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento.</p> <p>Posterior a un año continuado de remisión sostenida, las consultas subsecuentes quedan a cargo de Psiquiatría General</p>

Continúa...

... continuación

		<p>Evaluación de la severidad de síntomas depresivos y funcionamiento psicosocial del paciente.</p> <p>Aplicación del cuestionario para la discapacidad WHODAS 2.0 y la Evaluación Global de Funcionamiento GAF.</p> <p>Aplicación de HAMD-17 y MADRS siempre y cuando hayan transcurrido más de dos semanas de la aplicación previa.</p> <p>Evaluación de la severidad de la depresión resistente a tratamiento.</p> <p>Obtención del puntaje para estadificación de la depresión resistente a tratamiento con la escala Thase and Rush.</p> <p>Severidad de la depresión resistente al tratamiento por medio del método de estadificación de Maudsley modificado UNM-MSM</p> <p>Presentar caso a Trabajo Social y agendar cita del paciente para valoración psicosocial, en caso de ser necesario.</p>		<p>1. Cambio a AD de primera línea según síntomas predominantes y comorbilidades hasta dosis máxima</p> <p>2. Si contó con todos ellos previamente o no tiene disponibilidad de ninguno, cambiar a un AD de segunda línea</p> <p>3. Aplicación de HAMD o MADRS. En caso de respuesta menor al 25% del puntaje basal a seis semanas de dosis máxima tolerada, agregar potenciador de primera línea (por ejemplo Esketamina) o, a juicio del médico, cualquier técnica de potenciación de segunda línea.</p> <p>En caso de falla a la segunda intervención a dosis máxima + potenciador:</p> <p>Cambio a un AD de segunda línea, llevándolo a dosis máxima y agregar potenciador de primera (por ejemplo Esketamina) o segunda línea, según el caso</p> <p>En caso de tercera falla en la respuesta, o estadio IV Thase and Rush, o de ya haber tenido un AD de segunda línea en la segunda falla:</p>		<p>El médico responsable del paciente presenta HC H de medicamentos y de respuesta a los mismos.</p> <p>Se decide en conjunto mejor línea de tratamiento o referencia a otros centros, sobre todo psicocirugía o neuromoduladores no disponibles en el INPRFM.</p> <p>Se solicitan pruebas neuropsicológicas y de personalidad en caso de ser necesarios</p> <p>En caso de ser necesario, se presenta y revisa el caso con el Departamento de Psicología y se solicitan pruebas de personalidad</p> <p>Se realiza procedimiento de referencia específico para cada institución (revisar con Trabajo Social)</p> <p>El paciente o responsable legal y un testigo deben firmar formato de referencia</p>		<p>Cita abierta a reiniciar el programa en caso de cumplir criterios de inclusión al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Continúa...

... continuación

		<p>En primera o segunda cita de valoración:</p> <p>Selección de reajuste farmacológico</p> <p>Pacientes con depresión resistente a tratamiento en estadio II a III Thase and Rush:</p> <p>Revisión exhaustiva de intervenciones previas por medio de la hoja de captura para medicamentos y de comorbilidades médicas y psiquiátricas identificadas en la valoración</p> <p>Se utilizan el AD que mostró mejor respuesta en ensayos previos llevándolo a dosis máxima en caso de que esta no haya sido empleada</p> <p>En caso de haber contado con AD a dosis máxima se adiciona potenciador. Se prefieren los de mayor evidencia de primera línea o, a juicio médico, cualquier técnica de potenciación de segunda línea</p>		<p>Combinación de IMAO + AD no IMAO con vigilancia estrecha según sintomatología y comorbilidades. Se intenta llevar a dosis máxima o dosis respuesta adicionando técnica de potenciación de ser necesario (primera o segunda línea)</p> <p>O</p> <p>Se indica técnica de neuroestimulación (TEC EMT o ECD) + AD con mejor efecto en dosis máxima tolerada. Se debe seguir protocolo TEC.</p> <p>Se brinda psicoeducación al paciente en cada consulta</p> <p>*Durante el periodo de las sesiones de TEC las sesiones de valoración de ensayos terapéuticos se llevan a cabo una vez por semana</p> <p>Valoración psiquiátrica de respuesta a TEC en la sesión 8. Se decide si concluye o continúa TEC hasta un máximo de 12 sesiones*</p>		<p>O</p> <p>En casos de evolución tórpida del paciente, cuando se determina que el paciente no alcanzará remisión clínica de la depresión resistente a tratamiento con los métodos médicos actuales, se brinda seguimiento subsecuente por el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento por máximo beneficio.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

Continúa...

... continuación

	<p>Pacientes con depresión resistente a tratamiento estadio IV Thase and Rush:</p> <p>Combinación de IMAO + AD no IMAO con vigilancia estrecha según sintomatología y comorbilidades. Se intenta llevar a dosis máxima o dosis respuesta adicionando técnica de potenciación de ser necesario (primera o segunda línea).</p> <p>O</p> <p>Técnica de neuroestimulación (TEC EMT o ECD) + AD con mejor efecto en dosis máxima tolerada.</p> <p>Caso de paciente en estadio V (escala Thase and Rush) se presenta en "sesión de caso difícil" para decidir conducta terapéutica.</p> <p>Se brinda psicoeducación al paciente en cada consulta.</p> <p>Se le brinda hoja de información al paciente del proceso de atención.</p> <p>Se brinda información al paciente sobre el sistema de seguimiento continuo por parte de la institución de salud.</p>		<p>Después de seis meses de estabilidad afectiva (respuesta) y finalización del Programa de Psicoeducación se indica psicoterapia al paciente.</p> <p>En caso de que el paciente no muestre respuesta o remisión, se presenta el caso en "sesión de caso difícil" para brindar mejor alternativa de tratamiento disponible para el paciente.</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

... continuación

		<p>Se envía al paciente (de manera obligatoria) y a los familiares o cuidadores interesados (opcional) a que acudan al Curso de Psicoeducación.</p> <p>Modalidad virtual grupal: 8-9 sesiones.</p> <p>Modalidad presencial: se abre una vez cada seis meses (después de la contingencia).</p>					
<p>Trabajadora social Es asignada por la jefa de servicio de Trabajo Social</p>		<p>Estudio socioeconómico a pacientes de primera vez</p>	<p>Valoración psicosocial</p> <p>A solicitud del psiquiatra interés profesional de trabajo social (identifique la necesidad con base en datos ofrecidos por el paciente o familia).</p> <p>En CE o visita domiciliaria</p>				<p>Completan trámite de referencia/contrarreferencia y se entrega a paciente o familiar.</p> <p>Se hace enlace con el hospital de referencia.</p>

Continúa...

... continuación

<p>Equipo multidisciplinario del Programa de Psicoeducación</p>			<p>Programa de Psicoeducación del INPRFM para pacientes, familiares o cuidadores interesados</p> <p>Modalidad presencial: 8-9 sesiones</p> <p>Organizar grupo para pacientes y para familiares o acompañantes responsables</p> <p>Ocho sesiones estructuradas de Psicoeducación para cada grupo, más una de cierre.</p> <p>Según Guía de Psicoeducación del INPRFM</p>	<p>Sesiones semanales de Psicoeducación (de la sesión 1 a la 8) para grupo de pacientes (en la mañana).</p> <p>Sesiones semanales (de la sesión 1 a la 8) para grupo de familiares o acompañantes (en la tarde).</p>	<p>Sesión de Psicoeducación de cierre para grupo de pacientes (en la mañana).</p> <p>Se aplica cuestionario al paciente para evaluar el aprendizaje.</p> <p>Sesión de Psicoeducación de cierre para grupo de familiares o acompañantes (en la tarde).</p>			
<p>Paciente y familiares o cuidadores interesados</p>			<p>Inician Programa de Psicoeducación en modalidad virtual una vez por semana</p> <p>Psiquiatría Nutrición Pasante de Psicología (deseable)</p>	<p>Sesiones de Psicoeducación en modalidad virtual: 8 sesiones grupales</p>	<p>Sesión de Psicoeducación de cierre</p> <p>Se aplica cuestionario al paciente para evaluar el aprendizaje</p>			
<p>Especialistas en el servicio de TEC</p> <p>Psiquiatras de la Clínica de Trastornos del Afecto</p> <p>Residentes de Psiquiatría de Alta Especialidad</p>					<p>Cuando el psiquiatra especialista indicó TEC (pacientes con depresión resistente al tratamiento estadio IV Thase and Rush o después de la tercera falla en la respuesta terapéutica dentro del programa de DRT).</p>	<p>Sesiones TEC (de 10 a 12 sesiones)</p> <p>Durante las sesiones TEC, el psiquiatra lo cita una vez por semana (normalmente antes de su sesión de TEC).</p>		

Continúa...

... continuación

				<ul style="list-style-type: none"> • Se inician sesiones de TEC (de 10 a 12 sesiones). • Las sesiones se programan de forma terciada: lunes, miércoles y viernes. • Los pacientes firman formato de consentimiento informado. • Se aplica protocolo universal de seguridad del paciente para TEC del INPRFM. • Se verifica que se cumplan todos los criterios establecidos en el protocolo mediante la información registrada en los formatos institucionales correspondientes a cada área. 	<p>*Valoración psiquiátrica de TEC en consulta de valoración de resultados terapéuticos (después de la sesión 8 de TEC). El psiquiatra tratante debe decidir si concluye o continúa TEC hasta un máximo de 12 sesiones.</p>		
<p>Psicoterapeuta del Departamento de Psicología</p>					<p>Primera consulta de psicoterapia</p> <p>El paciente debe haber recibido el Programa de Psicoeducación y tener seis meses con estabilidad afectiva</p> <p>Entrevista inicial</p>	<p>Consultas subsiguientes (semanales o quincenales de acuerdo con la capacidad de asistencia del paciente).</p>	<p>Junta de revisión de casos (semanalmente)</p> <p>Los psicoterapeutas presentan los casos que consideran complicados</p> <p>Se decide cambio de psicoterapeuta o se cambian las estrategias terapéuticas</p>

Continúa...

... continuación

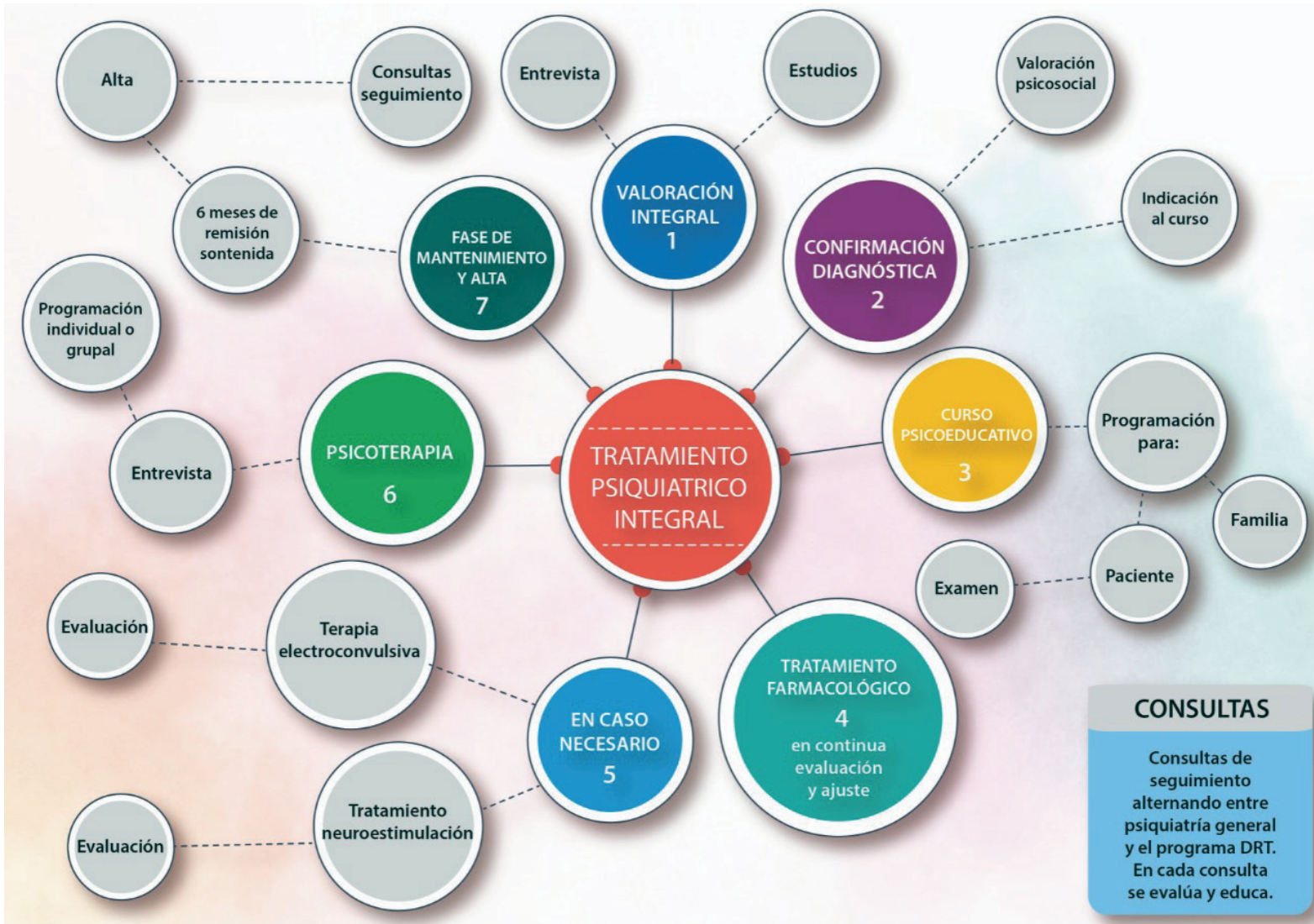
				<p>De acuerdo con la disponibilidad de los terapeutas, el paciente con depresión resistente a tratamiento puede recibir cualquiera de las siguientes terapias:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Terapia cognitivo conductual.2. Psicoterapia:<ul style="list-style-type: none">• Terapia psicodinámica breve para la depresión• Terapia breve estratégica*• Terapia sistémica• Terapia Eriksoniana• Terapia humanista <p>Todas las propuestas terapéuticas requerirán máximo 15 sesiones (según el Manual de Procedimientos del Departamento de Psicología actualizado al 2020).</p> <p>Se registra la información en la nota para que el psiquiatra tratante sepa lo que sucedió en las terapias y se informa al paciente.</p> <p>Si el paciente no asiste tres veces seguidas, se suspende el tratamiento psicoterapéutico.</p>
--	--	--	--	--

Continúa...

... continuación

					<p>Si el paciente abandona el tratamiento farmacológico, se suspende el tratamiento psicoterapéutico.</p> <p>Los criterios de alta de psicoterapia del paciente dependen de los resultados obtenidos de las mediciones con las escalas clinimétricas que se aplican según cada corriente terapéutica.</p> <p>Valoración de resultados de psicoterapia.</p> <p>Si el paciente no tiene mejoría, se hace una referencia a una institución externa al INPRFM.</p>
--	--	--	--	--	--

Hoja de información para el paciente y familiares



Interior-A

CALENDARIO DE CITAS

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



Francisco I. Madero 1, Miguel Hidalgo 3ra Secc,
Tlalpan, 14250 Ciudad de México, CDMX

Horario de atención:
07:00 am a 06:00 pm

Teléfonos: 55 - 50 - 38 - 17 - 00 ext. 7610

**LA DURACIÓN PROMEDIO DEL PROGRAMA
DRT ES DE 12 MESES**

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

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUNÍZ"



PROGRAMA DTR DE LA CLÍNICA DE
TRASTORNOS DEL AFECTO



VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA PARA
PACIENTES CON DEPRESIÓN
RESISTENTE AL TRATAMIENTO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Exterior-B

Encuesta sobre experiencia con la atención y calidad percibida por el paciente

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 de su médico tratante del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento?	Sí	No
2	¿Le explicaron su diagnóstico?	Sí	No
3	¿Le explicaron el tratamiento psicofarmacológico o de neuroestimulación establecido?	Sí	No
4	¿Alguna vez recibió el curso psicoeducativo de ocho sesiones?	Sí	No
5	¿Le han ofrecido o acude a psicoterapia?	Sí	No
6	¿Le tomaron laboratorios de control a su ingreso al programa? (por ejemplo: biometría hemática, perfil ti oideo, examen general de orina, etc.)	Sí	No
7	¿Le tomaron estudios de gabinete de control al ingresar al programa? (por ejemplo: resonancia magnética, electrocardiograma, etc.)	Sí	No
8	¿Le dan consulta de seguimiento con su psiquiatra general cada dos meses?	Sí	No
9	¿Le dan consulta de seguimiento con su psiquiatra del programa cada dos meses?	Sí	No
10	¿Le ofrecieron una hoja de información sobre el proceso de atención?	Sí	No
11	En una escala del 0 al 10, ¿cómo califica ía la calidad de la atención recibida?		
12	¿Tiene algún comentario o sugerencia sobre la atención del programa?		

Flujogramas del proceso de atención

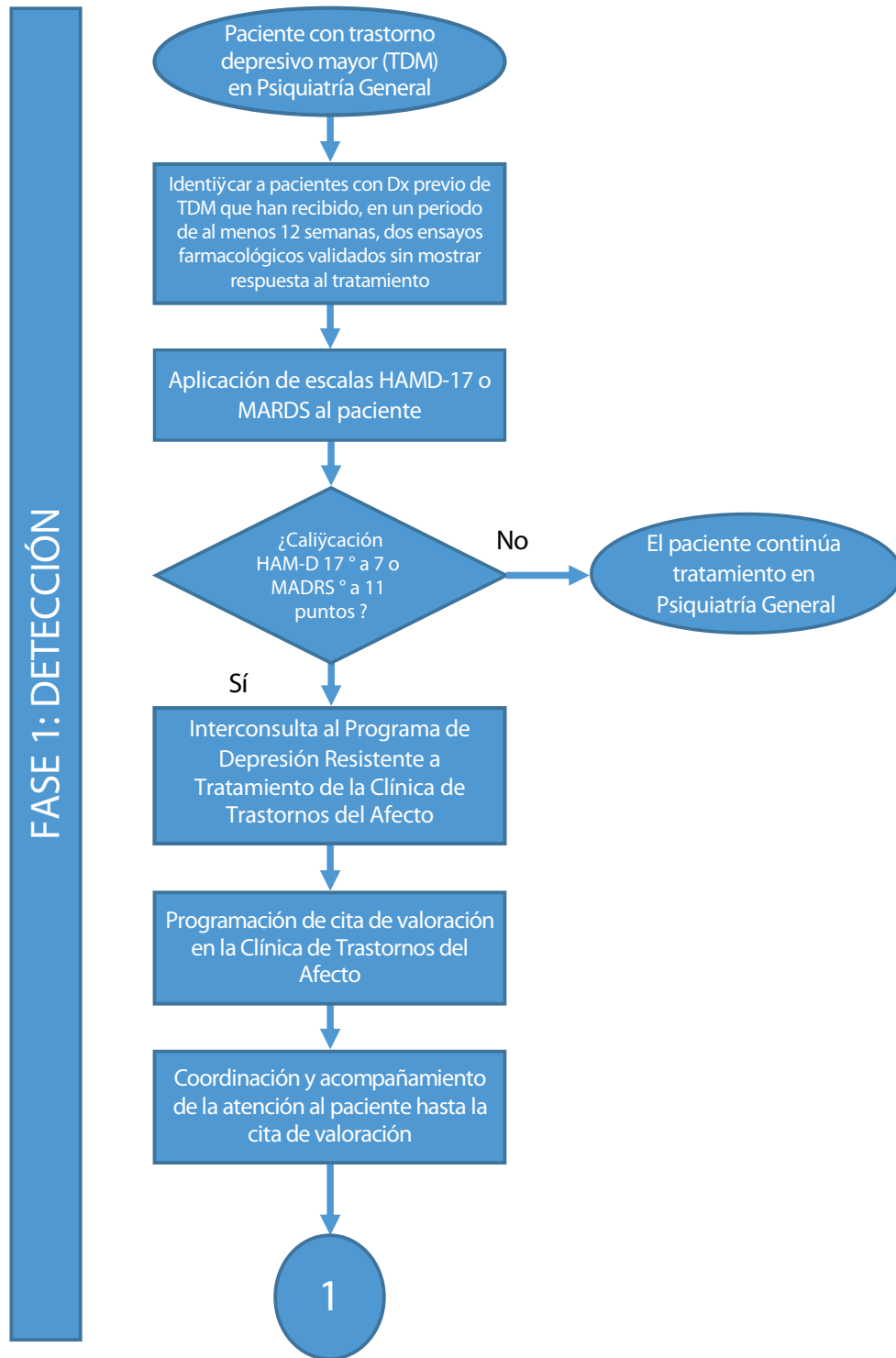
1. Flujograma básico: Bloques o fases de actividades secuenciales

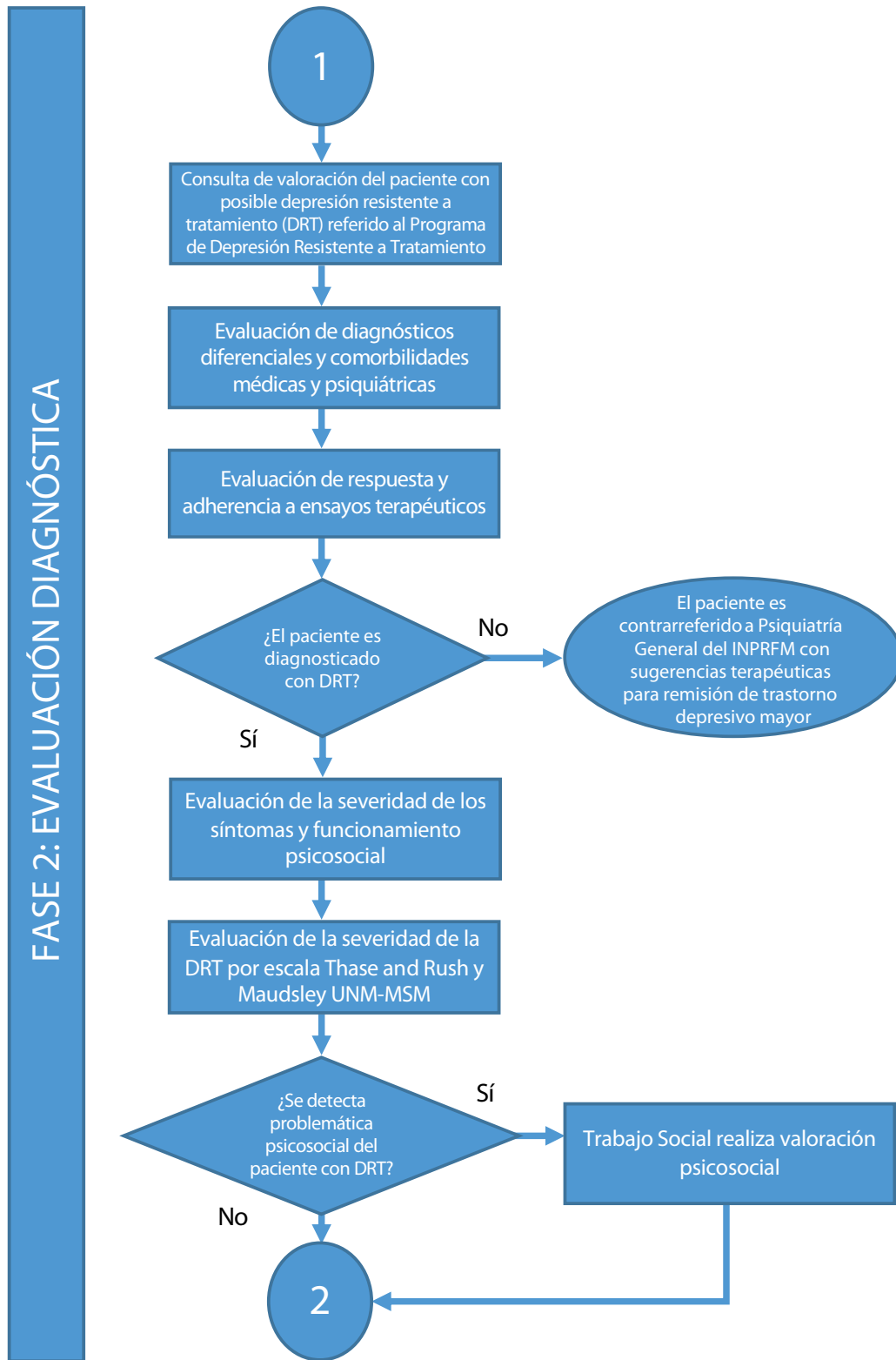
Previo a su análisis detallado, se identificó una secuencia de cinco bloques o fases del proceso con identidad propia (figura 1): 1. Detección. 2. Evaluación Diagnóstica. 3. Tratamiento farmacológico, no farmacológico e intervención psicosocial y psicoterapéutica. 4. Seguimiento y evaluación de la intervención. 5. Paciente sin criterios de inclusión al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento.



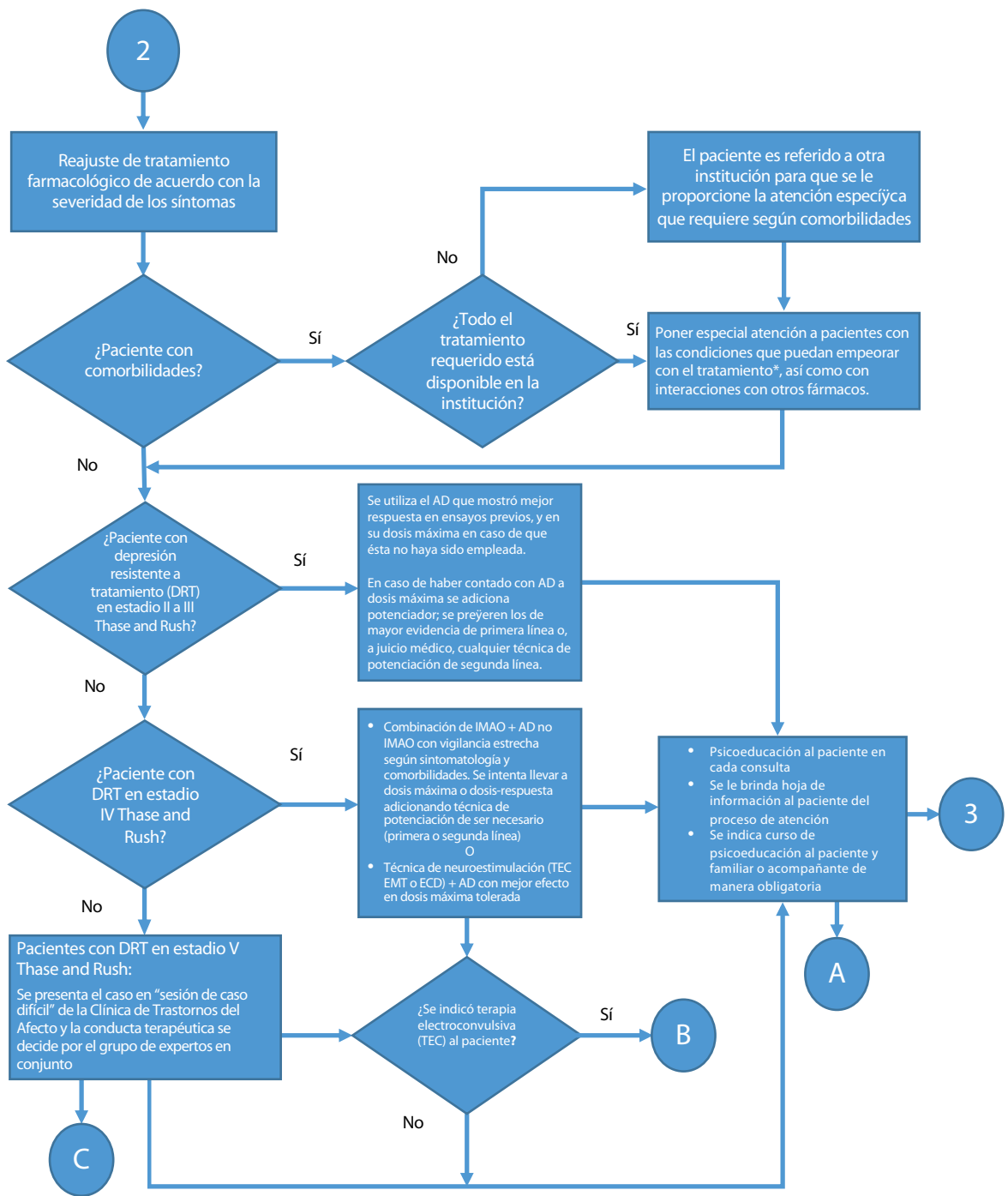
Figura 1. Flujograma básico de la Vía de Atención Integrada

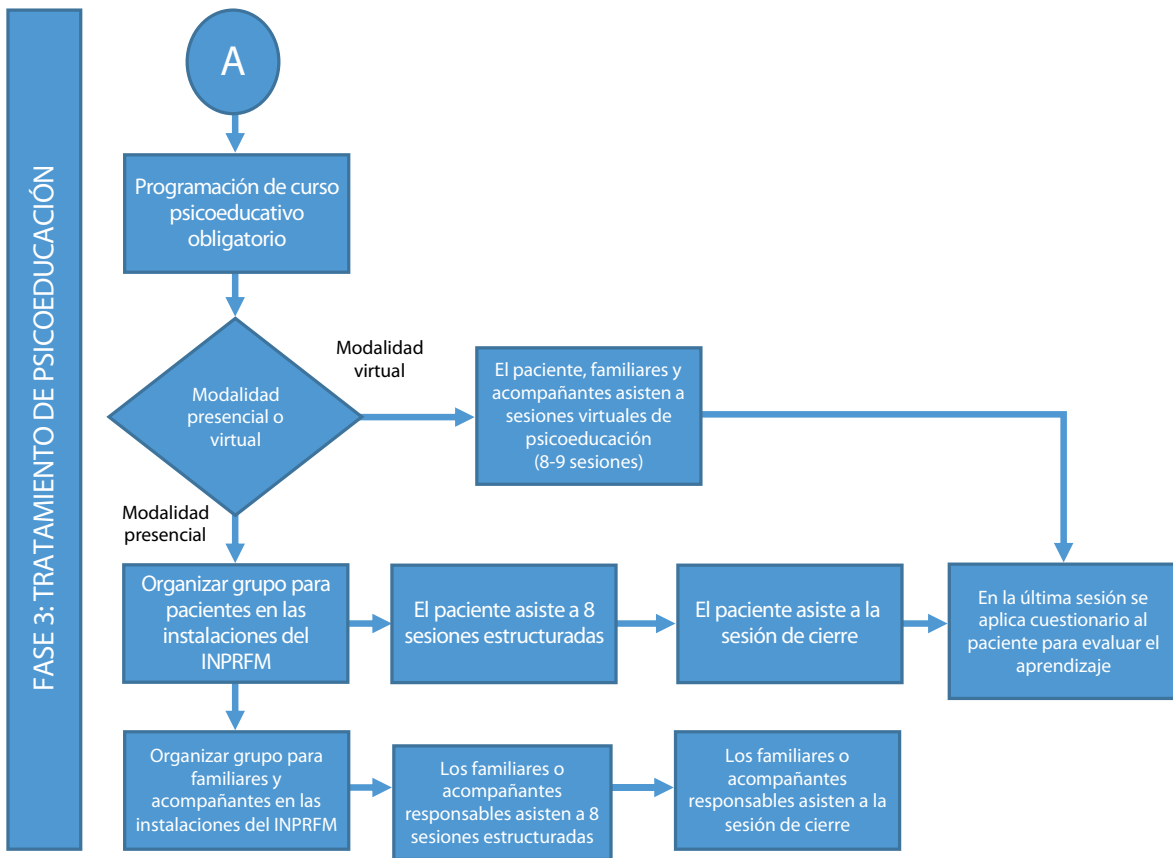
2. Flujograma detallado del proceso de atención

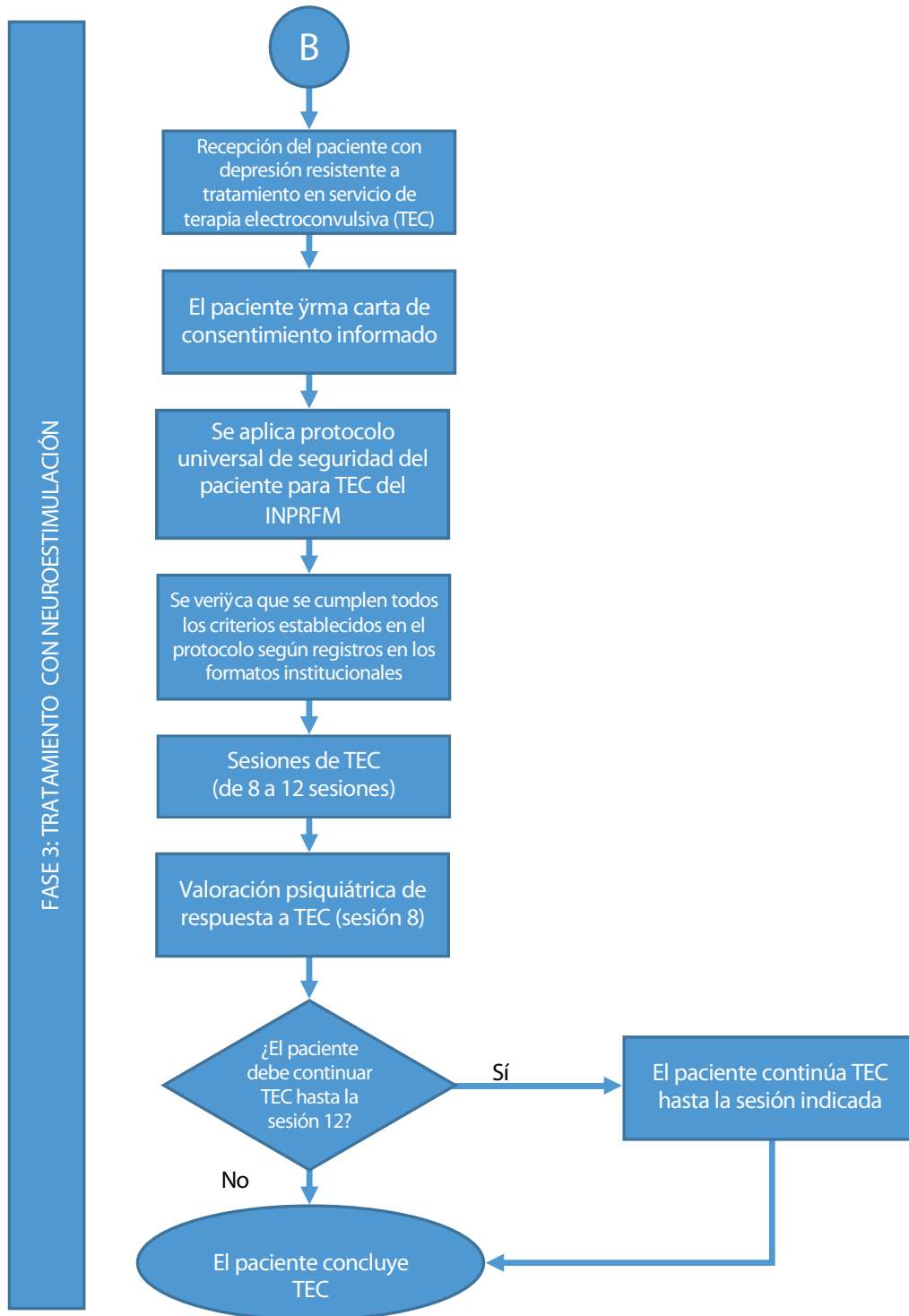


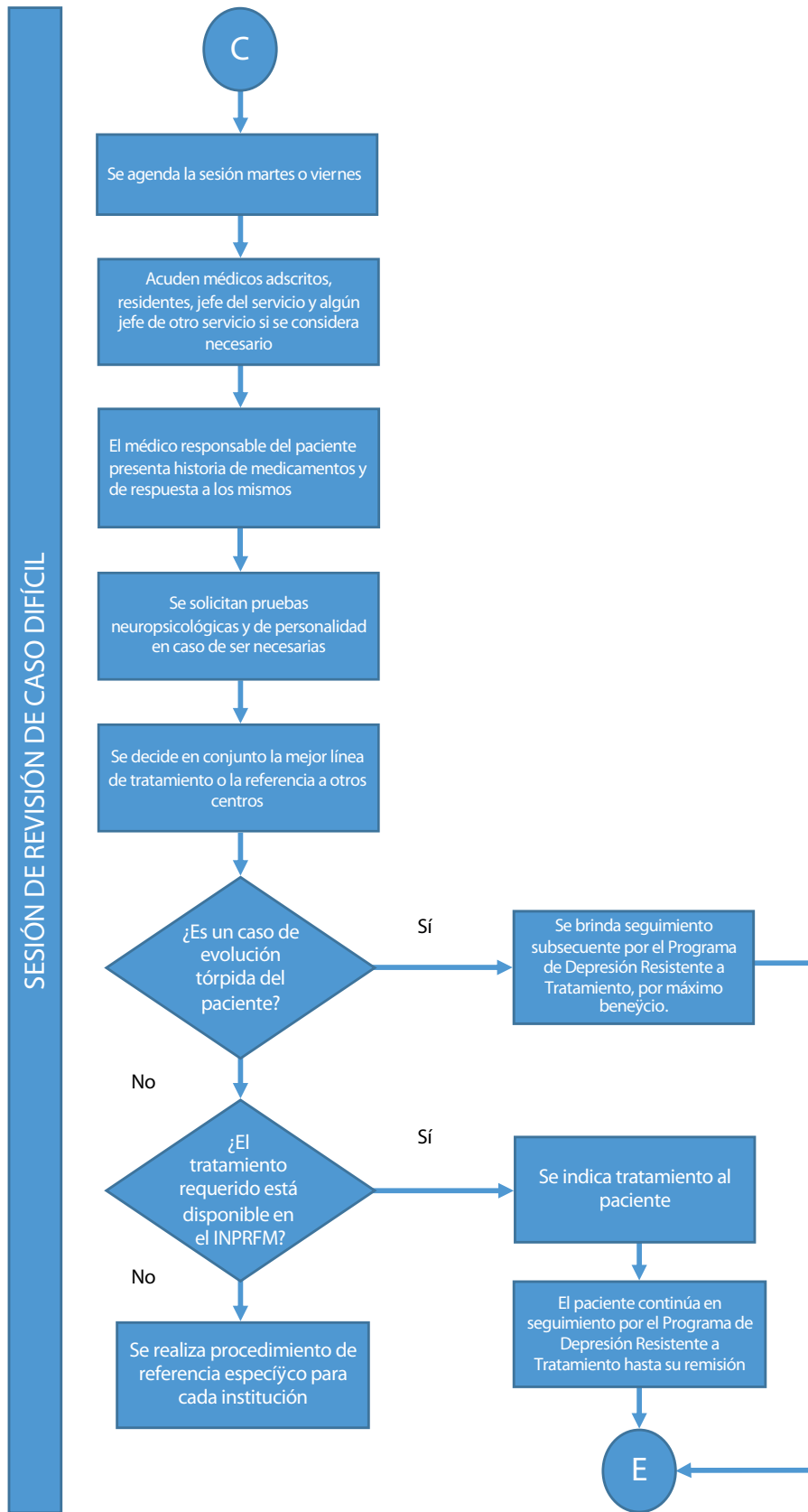


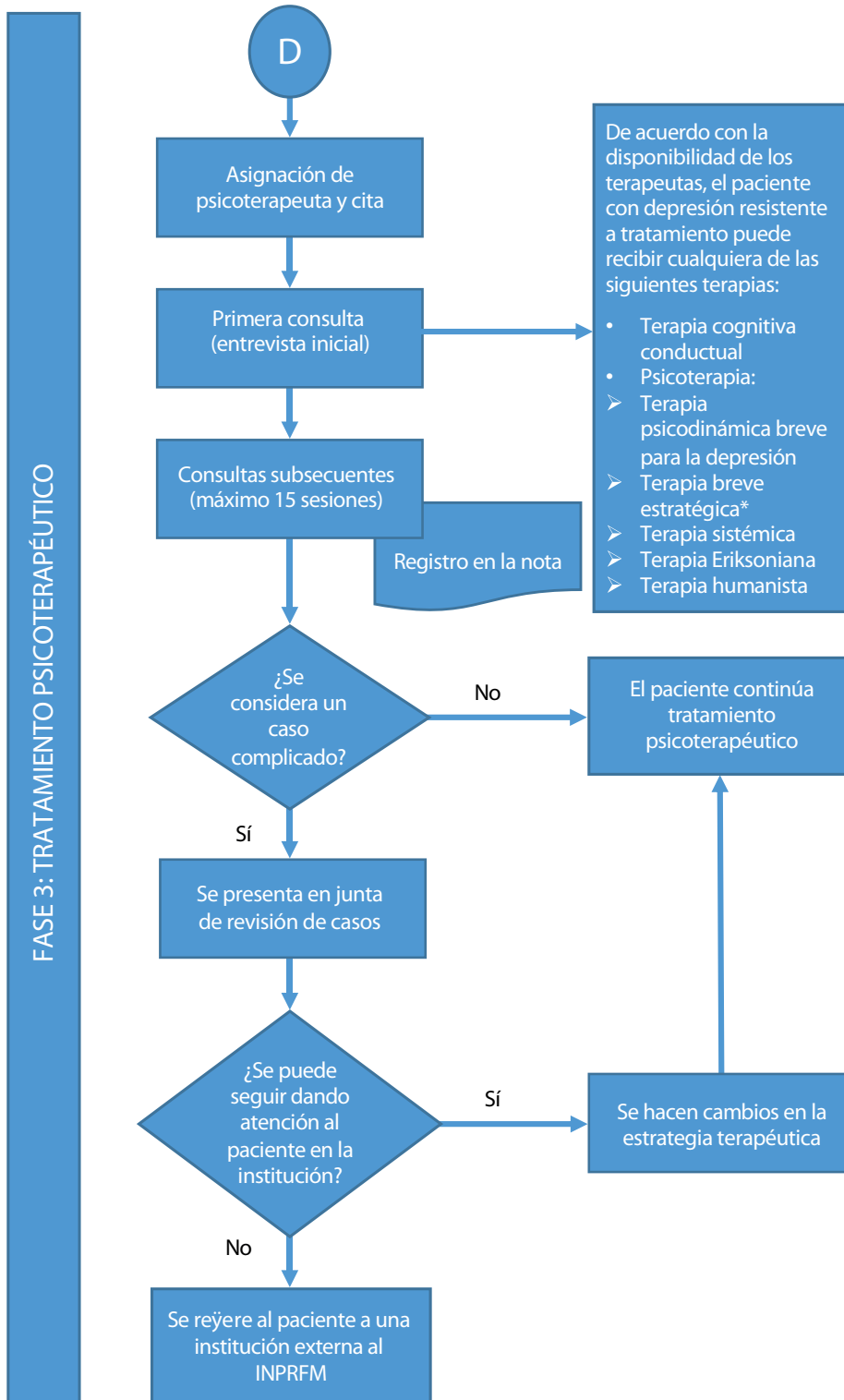
FASE 3: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



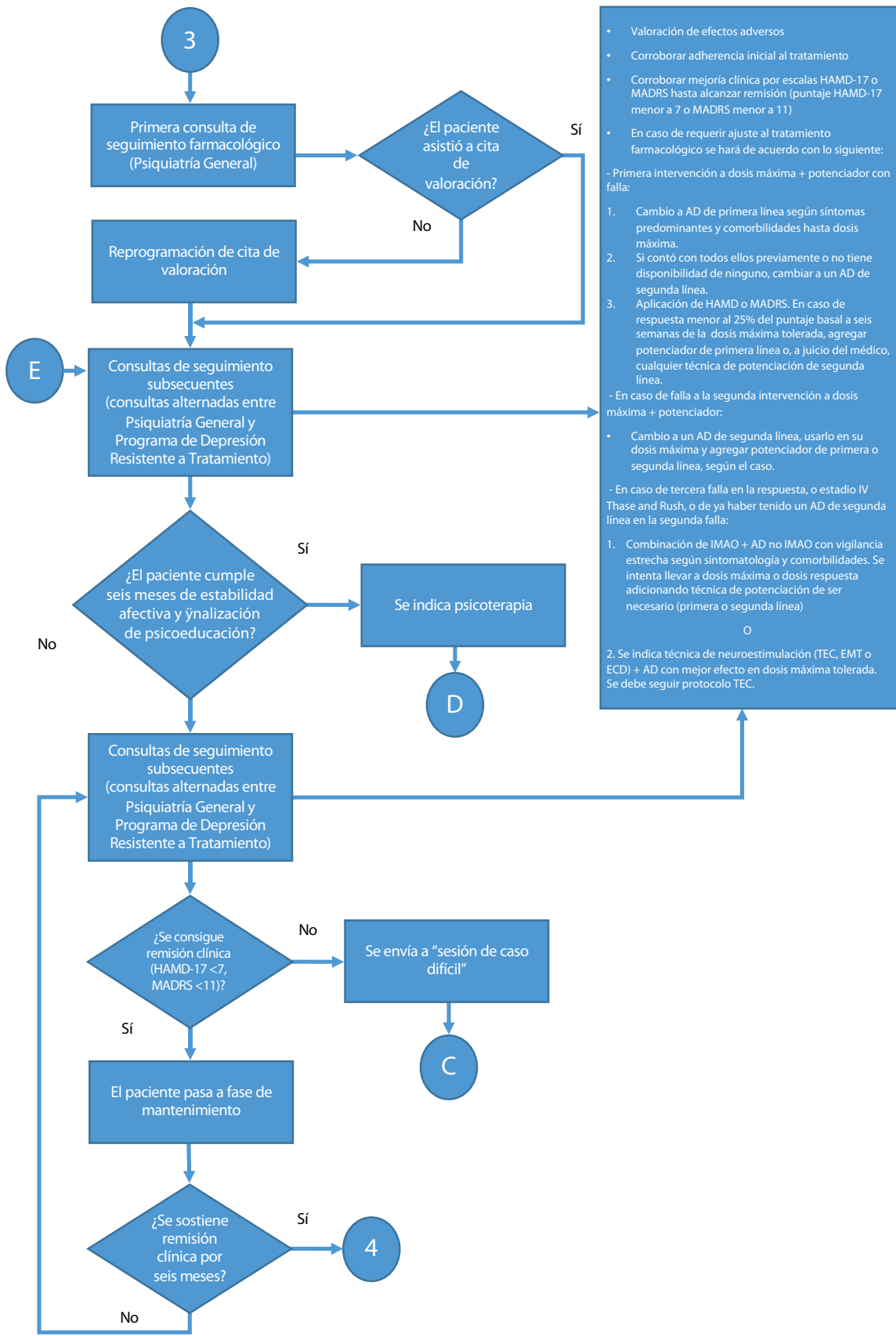


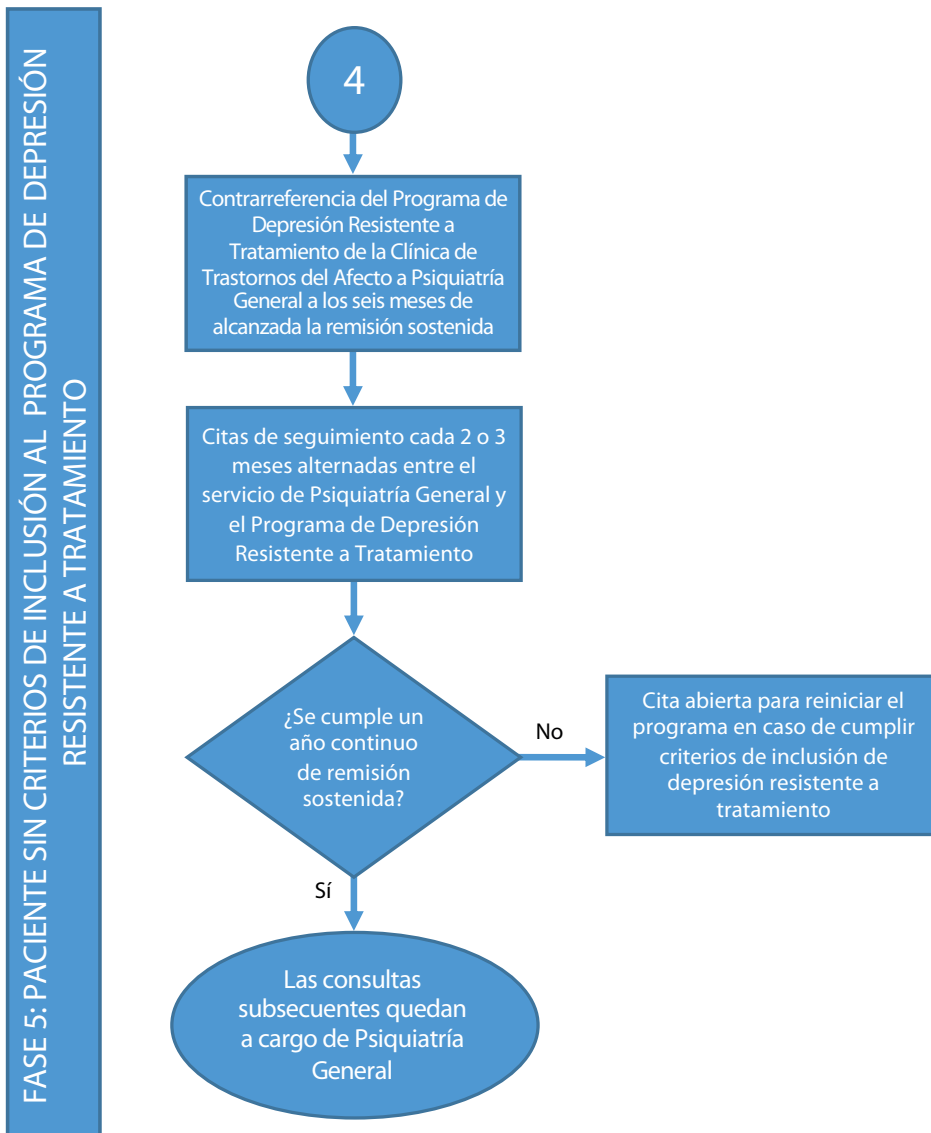






FASE 4: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN





Indicadores para la monitorización de la Vía de Atención Integrada para la mejora de la atención de la depresión resistente a tratamiento del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

La monitorización de la VAI para la mejora de la atención de la 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 el paciente (ACP). 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. La siguiente tabla presenta el número de indicadores por atributo y fase del macroproceso, en total se construyeron 25.

Cuadro con el resumen de indicadores y atributos de la calidad de la atención de salud que se miden

Bloque/atributo	Efectividad	Oportunidad	Seguridad	ACP	Total
Detección	1	1			2
Evaluación diagnóstica	5				5
Tratamiento	5			1	6
Seguimiento	6	1	2	1	10
Paciente sin criterios de inclusión al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	2				2

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	DETECCIÓN	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	1	
NOMBRE	Pacientes con depresión mayor valorados y referidos correctamente por Psiquiatría General al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
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 que fueron correctamente valorados y referidos al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión mayor que fueron correctamente valorados y referidos por el psiquiatra general al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión mayor referidos al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento por Psiquiatría General	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de interconsulta • Expediente físico y electrónico del paciente 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada seis meses o cada año. • Se identifica a aquellos pacientes que pasaron por dos ensayos farmacológicos, cada uno con una duración de cuatro a seis semanas efectivas. En cada uno se debió haber aplicado al final una o ambas de las siguientes escalas: HAMD-17 y/o MADRS. • Calificaciones ≥ 7 en la escala HAMD-17 o ≥ 11 en la escala MADRS se interpretan como posible falta de respuesta al tratamiento y los pacientes deben pasar a la etapa de evaluación diagnóstica. 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	DETECCIÓN	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: OPORTUNIDAD
No. INDICADOR	2	
NOMBRE	Citas de valoración programadas en un plazo no mayor a 30 días	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de citas de valoración, para pacientes referidos al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento, programadas en un plazo no mayor a 30 días	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de citas de valoración programadas en un plazo no mayor a 30 días	
DENOMINADOR	Total de citas de valoración programadas para pacientes con depresión mayor referidos al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de hojas de interconsulta • Hojas de interconsulta • Expediente físico y electrónico del paciente 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Las copias de las hojas de interconsulta se recaban en un folder 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
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 Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión mayor debidamente valorados según el resumen de ensayos terapéuticos y la nota de interconsulta en la consulta de valoración del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento, en una o dos sesiones de valoración	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión mayor debidamente valorados según el resumen de ensayos terapéuticos y la nota de interconsulta en la consulta de valoración del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión mayor referidos al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento (que asistieron a la consulta de valoración)	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Nota de interconsulta • Resumen de ensayos terapéuticos 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Resumen de ensayos terapéuticos y la nota de interconsulta anexos a la Vía de Atención Integrada • La valoración implica: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir todos con todos los aspectos del resumen de ensayos terapéuticos y la hoja de interconsulta. 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	4	
NOMBRE	Pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) diagnosticados correctamente con depresión resistente al tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con TDM con posible falta de respuesta al tratamiento diagnosticados correctamente con depresión resistente al tratamiento en la consulta de valoración del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con TDM diagnosticados correctamente con depresión resistente a tratamiento	
DENOMINADOR	Total de pacientes con TDM diagnosticados con depresión resistente a tratamiento	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Nota de interconsulta • Resumen de ensayos terapéuticos 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide una vez al año • Cumplimiento de criterios operacionales del Manual del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento • Pacientes con un puntaje Thase and Rush de II a V 	

INDICADORES DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	5	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento con comorbilidades médicas o psiquiátricas correctamente identificadas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento en quienes se identificaron correctamente las comorbilidades médicas o psiquiátricas	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento con comorbilidades médicas o psiquiátricas correctamente identificadas	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> Expediente físico y electrónico del paciente Hojas de referencia a otros hospitales o solicitudes de interconsulta a otras áreas médicas del INPRFM 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Se mide cada año Los estudios de laboratorio y gabinete mínimos están especificados en el Manual de Procedimientos del Programa para Depresión Resistente a Tratamiento. Las comorbilidades médicas son cualquier padecimiento médico o psiquiátrico añadido a la depresión resistente a tratamiento correspondiente a la CIE-10 o CIE-11 	

INDICADORES DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	6	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento con correcta farmacovigilancia del tratamiento establecido	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento que cuentan con tratamiento psicofarmacológico que requieren farmacovigilancia por pruebas de laboratorio, y que se realiza de manera correcta	
FÓRMULA		
NUMERADOR:	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento con tratamiento psicofarmacológico con farmacovigilancia correcta	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento con tratamiento psicofarmacológico	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Estudios de laboratorio y gabinete correspondientes 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Los estudios de laboratorio y gabinete mínimos para farmacovigilancia, así como su frecuencia, están especificados en el anual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento. 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	7	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento referidos correctamente para la atención de comorbilidades médicas o psiquiátricas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento con comorbilidades médicas o psiquiátricas que después de la consulta de valoración se refirieron correctamente a otras instituciones o servicios especializados para su atención, en caso de ser necesario	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento con comorbilidades médicas o psiquiátricas que fueron referidos correctamente a otras instituciones o servicios especializados para su atención	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento con comorbilidades médicas o psiquiátricas	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Hojas de referencia a otros hospitales, o solicitudes de interconsulta a otras áreas médicas del INPRFM 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	8	
NOMBRE	Pacientes diagnosticados con depresión resistente al tratamiento con prescripción de tratamiento integral de acuerdo a la severidad de la depresión resistente a tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados con depresión resistente a tratamiento en la valoración del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento con prescripción de tratamiento integral de acuerdo con los parámetros de cada estadio (II-IV Thase and Rush)	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes correctamente diagnosticados con depresión resistente al tratamiento en la consulta de valoración del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento con prescripción de tratamiento integral de acuerdo con los parámetros de severidad de la depresión resistente a tratamiento	
DENOMINADOR	Total de pacientes diagnosticados con depresión resistente a tratamiento en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Nota de interconsulta • Resumen de ensayos terapéuticos 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide una vez al año • El abordaje para cada estadio de Thase and Rush se encuentra descrito en el Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	9	
NOMBRE	Asistencia completa a un curso de psicoeducación especializada sobre la depresión resistente a tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes que terminan el curso completo de psicoeducación en depresión resistente a tratamiento (80% de asistencia a las sesiones)	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento que terminan el curso de psicoeducación en depresión resistente a tratamiento con 80% o más de asistencia a las sesiones	
DENOMINADOR	Total de pacientes diagnosticados con depresión resistente a tratamiento con más de seis meses en el programa	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Asistencia grupal en el sistema electrónico del INPRFM 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Curso psicoeducativo en depresión resistente a tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada seis meses • Se aplicará a la modalidad presencial y virtual del curso de psicoeducación 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE
No. INDICADOR	10	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento que comprendieron la información recibida en el curso de psicoeducación	
DESCRIPCIÓN	Pacientes con depresión resistente a tratamiento que comprendieron la información recibida en el curso de psicoeducación y que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 70% en el cuestionario para valorar el aprendizaje del paciente, posterior al curso psicoeducativo	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento que recibieron información recibida en el curso de psicoeducación que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 70% en el cuestionario para valorar el aprendizaje del paciente posterior al curso psicoeducativo	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento que asistieron al curso de psicoeducación	
FUENTE DE DATOS	Cuestionario para valorar el aprendizaje del paciente en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento (ver anexos)	
ORIGEN Y REFERENCIA	Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM	
OBSERVACIONES	Se mide cada seis meses	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	11	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento que reciben tratamiento psicoterapéutico	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento que reciben psicoterapia, en cualquier modalidad, durante su atención en el INPRFM como parte integral de su tratamiento	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento que reciben psicoterapia	
DENOMINADOR	Total de pacientes diagnosticados con depresión resistente a tratamiento que terminaron el curso de psicoeducación en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento y cumplieron seis meses con estabilidad afectiva	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Servicio de psicoterapia del INPRFM 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Manual del Departamento de Psicología (corregir) • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	12	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento severa llevados a sesión de caso difícil	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento severa (Thase and Rush V), cuyos casos fueron llevados a sesión de caso difícil para discutir y llegar a acuerdos sobre las mejores posibilidades de tratamiento	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento severa (Thase and Rush V) que fueron llevados a sesión de caso difícil	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento severa (Thase and Rush V)	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Hoja de reporte de sesión de caso difícil (se tendrá que diseñar) 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	13	
NOMBRE	Indicación adecuada de terapia electroconvulsiva	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento en etapa Thase and Rush IV a los que se le indica terapia electroconvulsiva (TEC) como primera alternativa de neuroestimulación	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Pacientes con depresión resistente a tratamiento en etapa Thase and Rush IV a los que se le indica TEC como primera alternativa de neuroestimulación	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento en etapa Thase and Rush IV	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Manual de protocolo TEC del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Pacientes con depresión resistente a tratamiento en los que está indicada TEC por el Manual de protocolo TEC del INPRFM 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	14	
NOMBRE	Adherencia terapéutica en depresión resistente a tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento que presenta una adherencia adecuada al tratamiento psicofarmacológico en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento con más de seis meses en el programa que presentan adherencia terapéutica al tratamiento psicofarmacológico de 8 puntos o más en escala MMAS-8 en el 80% de sus consultas de seguimiento en seis meses	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento con más de seis meses en el programa	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Escala de adherencia a medicamentos 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada seis meses • Se mide con escala de adherencia de Morisky 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: OPORTUNIDAD
No. INDICADOR	15	
NOMBRE	Consultas de seguimiento para pacientes con depresión resistente a tratamiento programadas en tiempo establecido	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de consultas de seguimiento para pacientes con depresión resistente a tratamiento programadas en un tiempo menor o igual a seis semanas	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de consultas de seguimiento para pacientes con depresión resistente a tratamiento programadas en un tiempo menor o igual a seis semanas	
DENOMINADOR	Total de consultas de seguimiento para pacientes con depresión resistente a tratamiento programadas en un año	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Reporte de Trabajo Social 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Este indicador se refiere a las consultas de seguimiento psiquiátrico 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	16	
NOMBRE	Pacientes que asisten a citas de seguimiento del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento que mantienen al menos el 80% de la asistencia a citas de seguimiento del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento que mantienen al menos el 80% de la asistencia a citas de seguimiento	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento atendidos con un mínimo de 12 meses en el programa	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> Expediente físico y electrónico del paciente Reporte de Trabajo Social 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Se mide cada año El 80% de asistencia a consultas de Psiquiatría General y de Psiquiatría del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	17	
NOMBRE	Pacientes que asisten a citas de psicoterapia del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento que mantienen al menos el 80% de la asistencia a citas de psicoterapia del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento que mantienen al menos el 80% de la asistencia a citas de psicoterapia	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento atendidos con un mínimo de 12 meses en el programa	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Reporte de Trabajo Social 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • El 80% de asistencia a consultas de psicoterapia 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	18	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento que ingresan al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento y que alcanzan la remisión clínica en un tiempo menor o igual a un año	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento que ingresan al programa y que alcanzan la remisión clínica con las estrategias terapéuticas empleadas en un tiempo menor o igual a 12 meses	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento que alcanzan la remisión clínica en un tiempo menor o igual a 12 meses	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento atendidos en el programa durante su primer año de tratamiento completo	
FUENTE DE DATOS	Expediente físico y electrónico del paciente	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE
No. INDICADOR	19	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento que abandonan el tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento que abandonan el tratamiento en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento por cualquier causa no mortal	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento que abandonan el tratamiento en el programa	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento atendidos en el programa durante un año	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Base de datos de los pacientes del programa • Reporte de Trabajo Social 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: SEGURIDAD
No. INDICADOR	20	
NOMBRE	Eventos adversos por tratamiento farmacológico	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento en seguimiento del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento que presentan eventos adversos relacionados con la medicación	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento en seguimiento del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento que presentan eventos adversos relacionados con la medicación	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento que están siendo atendidos en el programa en un año	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Base de datos de los pacientes del programa • Reporte de eventos adversos del INPRFM (RAM) 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Utilizar clasificación internacional RAM 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: SEGURIDAD
No. INDICADOR	21	
NOMBRE	Eventos adversos por tratamiento terapia electroconvulsiva (TEC)	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento en seguimiento del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento que presentan eventos adversos relacionados con la TEC	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento en seguimiento del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento que presentan eventos adversos relacionados con TEC	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento que están siendo atendidos en el programa en un año que recibieron TEC	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Base de datos de los pacientes del programa • Reporte de eventos adversos del INPRFM (RAM) 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Protocolo TEC del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Utilizar clasificación internacional RAM 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	22	
NOMBRE	Suicidios en pacientes con depresión resistente a tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Pacientes con depresión resistente a tratamiento del programa que mueren por suicidio	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento que están siendo atendidos en el programa que mueren por suicidio	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento atendidos en el programa durante un año	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Base de datos de los pacientes del programa • Reporte de Trabajo Social 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO	ENFOQUE: PROCESO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	23	
NOMBRE	Abordaje correcto ante riesgo suicida del paciente con depresión resistente a tratamiento	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de consultas en las que se identificó riesgo suicida y se le ofreció al paciente internamiento o se brindó hoja de contrarreferencia para su internamiento en otra institución psiquiátrica.	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Consultas en las que se identificó riesgo suicida y se le ofreció al paciente internamiento o se le brindó hoja de contrarreferencia para su internamiento en otra institución psiquiátrica.	
DENOMINADOR	Total de consultas del programa en las que se identificó riesgo suicida durante un año	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Referencias y contrarreferencias a otros hospitales psiquiátricos • Nota de valoración en Atención Psiquiátrica Continua • Reporte de Trabajo Social 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Se mide riesgo suicida con escala de intencionalidad suicida de BECK que se aplica en cada consulta del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento 	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	PACIENTES SIN CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	24	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento que son dados de alta del programa a los seis meses de remisión sostenida	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento son dados de alta del programa a los seis meses de remisión sostenida	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Número de pacientes con depresión resistente a tratamiento que son dados de alta del programa del programa a los seis meses de remisión sostenida	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento dados de alta del programa en un año	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Base de datos de los pacientes del programa 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	Se mide cada año	

INDICADORES DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	PACIENTES SIN CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO	ENFOQUE: RESULTADO
		ATRIBUTO: EFECTIVIDAD
No. INDICADOR	25	
NOMBRE	Pacientes con depresión resistente a tratamiento que reingresan al programa	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con depresión resistente a tratamiento en remisión clínica previa dados de alta del programa que muestran una recurrencia que amerita su reingreso en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM	
FÓRMULA		
NUMERADOR	Pacientes con depresión resistente a tratamiento que reingresan al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento	
DENOMINADOR	Total de pacientes con depresión resistente a tratamiento dados de alta del programa en los últimos dos años	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente físico y electrónico del paciente • Base de datos de los pacientes del programa 	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM • Vía de Atención Integrada para la depresión resistente a tratamiento del INPRFM 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide cada año • Después de un mes de haber sido dado de alta del programa y hasta dos años 	

Descripción detallada de actividades del proceso de atención según tipo de profesional y fase del proceso

FASE 1: DETECCIÓN/IDENTIFICACIÓN: identificar a la persona con probable diagnóstico de depresión resistente a tratamiento
PROFESIONAL: PSIQUIATRA GENERAL, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
Actividades: <ul style="list-style-type: none">· Identificar a pacientes con diagnóstico previo de depresión mayor que han recibido, en un período de 12 semanas, dos ensayos validados sin mostrar respuesta al tratamiento.· Interconsulta al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento de la Clínica de Trastornos del Afecto.
PROFESIONAL: PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO, SECRETARIA, MÉDICOS QUE LABORAN EN LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO
Actividades: <ul style="list-style-type: none">· Programación de cita de valoración en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento de la Clínica de Trastornos del Afecto.· Coordinación y acompañamiento de la atención del paciente.· Se le brinda hoja de información al paciente del proceso de atención.

FASE 2:

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: asegurar que el diagnóstico de depresión resistente a tratamiento es correcto y descartar a las personas que no tienen este diagnóstico

PROFESIONAL: PSIQUIATRA DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA DE ALTA ESPECIALIDAD

Actividades:

- Evaluación de diagnósticos diferenciales y comorbilidades
 - o Entrevista médica y psiquiátrica estructurada con exploración física.
 - o Solicitar estudios de laboratorio, así como estudios de imagen y de gabinete.

- Evaluación de respuesta a ensayos terapéuticos previos según la Guía de Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor y la Guía del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento del INPRFM
 - o Aplicación de escala Morisky y escala UKU

- Confirmación diagnóstica

- Evaluación de la severidad de síntomas depresivos y funcionamiento psicosocial del paciente
 - o Aplicación del cuestionario para la discapacidad WHODAS 2.0 y la Evaluación Global de Funcionamiento GAF.
 - o Aplicación de HAMD-17 y MADRS siempre y cuando hayan transcurrido más de dos semanas desde la aplicación previa.

- Evaluación de la severidad de la depresión resistente a tratamiento
 - o Obtención del puntaje para estadificación de la depresión resistente a tratamiento con la escala Thase and Rush.
 - o Severidad de la depresión resistente a tratamiento por medio del método de estadificación de Maudsley modificado UN -MSM

- Cuando se detecta problemática psicosocial en el paciente se presenta el caso a Trabajo Social

PROFESIONAL: TRABAJO SOCIAL

Actividades:

- Estudio socioeconómico a pacientes de primera vez (si no se ha realizado)
- Se agenda cita de valoración psicosocial (a solicitud del psiquiatra)
- Valoración psicosocial

FASE 3:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: prescripción basada en conocimiento científico actualizado que incremente la probabilidad de mejora de la salud del paciente

PROFESIONAL: PSIQUIATRA DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA DE ALTA ESPECIALIDAD

Actividades:

- Reajuste farmacológico

En la primera interconsulta de 90 minutos o en la segunda consulta de 30 minutos:

- **Pacientes con depresión resistente a tratamiento en estadio II a III Thase and Rush:**

Revisión exhaustiva de intervenciones previas por medio de la hoja de captura para medicamentos y de comorbilidades médicas y psiquiátricas identificadas en la valoración

Se utiliza el AD que mostró mejor respuesta en ensayos previos llevándolo a su dosis máxima en caso de que ésta no haya sido empleada.

En caso de haber contado con AD a dosis máxima se adiciona potenciador. Se prefiere en los de mayor evidencia de primera línea o, a juicio médico, cualquier técnica de potenciación de segunda línea.

- **Pacientes con depresión resistente a tratamiento en estadio IV Thase and Rush:**

Combinación de IMAO + AD no IMAO con vigilancia estrecha según sintomatología y comorbilidades. Se intenta llevar a dosis máxima o dosis respuesta adicionando técnica de potenciación de ser necesario (primera o segunda línea)

○

Técnica de neuroestimulación (TEC EMT o ECD) + AD con mejor efecto en dosis máxima tolerada

- **Pacientes con depresión resistente a tratamiento en estadio V Thase and Rush:**

Se presenta el caso en "sesión de caso difícil" de la Clínica de Trastornos del Afecto y la conducta terapéutica la decide el grupo de expertos en conjunto

- Se brinda psicoeducación al paciente en cada consulta.
- Se le brinda hoja de información al paciente del proceso de atención.
- Se brinda información al paciente sobre el sistema de seguimiento continuo por parte de la institución de salud.

Continua...

... continuación

TRATAMIENTO CON NEUROESTIMULACIÓN
PROFESIONAL: PSIQUIATRAS DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO, RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA DE ALTA ESPECIALIDAD, ESPECIALISTAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Se inician sesiones de TEC (de 10 a 12 sesiones) · Las sesiones se programan de forma terciada: lunes, miércoles y viernes · Los pacientes firman formato de consentimiento informado · Se aplica protocolo universal de seguridad del paciente para TEC del INPRFM · Se verifica que se cumplan todos los criterios establecidos en el protocolo mediante la información registrada en los formatos institucionales correspondientes a cada área
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
PROFESIONAL: PSIQUIATRA DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA DE ALTA ESPECIALIDAD
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Indicación de psicoeducación al paciente y familiares o cuidadores interesados <p>Programa de psicoeducación del INPRFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modalidad presencial: Se abre una vez cada seis meses - Modalidad virtual: 8-9 sesiones virtuales (una por semana)
PROFESIONAL: PSIQUIATRA (SUPERVISORES), RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA, RESIDENTES DE ALTA ESPECIALIDAD (ENCARGADOS DIRECTOS), PERSONAL DE PSICOLOGÍA INVITADO
<p>Programa de psicoeducación Modalidad presencial</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Organizar sesiones grupales con pacientes (durante la mañana) Duración: Una hora De 8 a 9 sesiones (dos por semana) El cupo es de 12 a 15 personas máximo · Sesiones grupales para familiares o cuidadores interesados (durante la tarde) Duración: Una hora De 8 a 9 sesiones (dos por semana) El cupo es de 12 a 15 personas máximo · Se entrega al paciente y familiares o cuidadores el material impreso con información presentada de manera amigable. Este material se encuentra especificado dentro de las guías de los modelos de tratamiento del INPRFM. · En la última sesión se aplica cuestionario al paciente para evaluar el aprendizaje

Continúa...

... continuación

<p>PROFESIONAL: PSIQUIATRA (SUPERVISORES), RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA, RESIDENTES DE ALTA ESPECIALIDAD (ENCARGADOS DIRECTOS), PERSONAL DE PSICOLOGÍA Y NUTRICIÓN INVITADO</p>
<p>Programa de psicoeducación Modalidad virtual</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Organizar de 8 a 9 sesiones grupales (una vez por semana) · En la última sesión se aplica cuestionario al paciente para evaluar el aprendizaje
<p>RESPONSABLE: PACIENTE Y FAMILIARES O CUIDADORES INTERESADOS</p>
<p>Programa de psicoeducación Modalidad virtual</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Asistir a las sesiones virtuales del programa de psicoeducación 8 a 9 sesiones grupales (una vez por semana) · En la última sesión se aplica cuestionario al paciente para evaluar el aprendizaje
<p>INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA</p>
<p>PROFESIONAL: PSIQUIATRA DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA DE ALTA ESPECIALIDAD</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Se indica psicoterapia al paciente. Después de seis meses de estabilidad afectiva (respuesta) y finalización del programa de psicoeducación · Solicitar interconsulta al área de psicología del INPRFM a través del sistema del hospital · Enviar al paciente al área administrativa. Módulo D o F
<p>PROFESIONAL: PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Asignación de cita · Se asigna al terapeuta en función de la disponibilidad

Continua...

... continuación

<p>PROFESIONAL: PSICOTERAPEUTA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Entrevista inicial · Citas subsecuentes (semanales o quincenales de acuerdo con la capacidad de asistencia del paciente) <p>De acuerdo con la disponibilidad de los terapeutas, el paciente con depresión resistente a tratamiento puede recibir cualquiera de las siguientes terapias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia cognitivo conductual 2. Psicoterapia: <ul style="list-style-type: none"> - Terapia psicodinámica breve para la depresión - Terapia breve estratégica* - Terapia sistémica - Terapia Eriksoniana - Terapia humanista <p>Todas las propuestas terapéuticas requerirán máximo 15 sesiones (según el Manual de Procedimientos del Departamento de Psicología actualizado al 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> · Se registra la información en la nota para que el psiquiatra tratante sepa lo que sucedió en las terapias y se informa al paciente. · Si el paciente no asiste tres veces seguidas, se suspende el tratamiento psicoterapéutico. · Si el paciente abandona el tratamiento farmacológico se suspende el tratamiento psicoterapéutico. · Si el paciente no tiene mejoría, se hace una referencia a una institución externa al INPRFM.
<p>PROFESIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Juntas de revisión de casos: <ul style="list-style-type: none"> - Los psicoterapeutas presentan los casos que consideran complicados - Se deciden cambios de psicoterapeuta o se cambian las estrategias terapéuticas

FASE 4:
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN
PRIMERA CONSULTA DE SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO
PROFESIONAL: PSIQUIATRA GENERAL, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> · Confi mación de asistencia del paciente a la cita de valoración · Valoración de efectos adversos · Corroborar adherencia inicial al tratamiento · Se brinda psicoeducación al paciente
PROFESIONAL: PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO, SECRETARIA, MÉDICOS QUE LABORAN EN LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> · Reprogramación de cita de valoración perdida en la Clínica de Trastornos del Afecto
CONSULTAS DE SEGUIMIENTO (ALTERNADAS ENTRE PSIQUIATRA GENERAL Y EL PROGRAMA DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO)
PROFESIONAL: RESPONSABILIDAD COMPARTIDA ENTRE PSIQUIATRA GENERAL Y PSIQUIATRA DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO

[Continua...](#)

... continuación

Actividades:

- Valoración de efectos adversos
- Corroborar adherencia inicial al tratamiento
- Corroborar mejoría clínica por escalas HAMD-17 o MADRS hasta alcanzar remisión clínica de la depresión resistente a tratamiento (puntaje HAMD-17 <7, MADRS <11)
- En caso de requerir ajuste al tratamiento farmacológico se hará de acuerdo con lo siguiente:
 - Primera intervención a dosis máxima + potenciador con falla:
 1. Cambio a AD de primera línea según síntomas predominantes y comorbilidades hasta dosis máxima
 2. Si contó con todos ellos previamente o no tiene disponibilidad de ninguno, cambiar a un AD de segunda línea
 3. Aplicación de HAMD o MADRS. En caso de no respuesta definida como 25% o más de disminución en el puntaje basal a seis semanas de implementación de la dosis máxima tolerada, agregar potenciador de primera línea o, a juicio del médico, cualquier técnica de potenciación de segunda línea.

- En caso de falla a la segunda intervención a dosis máxima + potenciador:

Cambio a un AD de segunda línea, llevándolo a su dosis máxima y agregar potenciador de primera o segunda línea, según el caso

- En caso de tercera falla en la respuesta, o estadio IV Thase and Rush, o de ya haber tenido un AD de segunda línea en la segunda falla:

Combinación de IMAO + AD no IMAO con vigilancia estrecha según sintomatología y comorbilidades. Se intenta llevar a dosis máxima o dosis respuesta adicionando técnica de potenciación de ser necesario (primera o segunda línea)

O

Se indica Técnica de neuroestimulación (TEC EMT o ECD) + AD con mejor efecto en dosis máxima tolerada. Se debe seguir protocolo TEC.

Se brinda Psicoeducación al paciente en cada consulta

* Durante el periodo de las sesiones de TEC las sesiones de valoración de ensayos terapéuticos se llevan a cabo 1 vez por semana.

Valoración psiquiátrica de respuesta a TEC en la sesión 8.

Se decide si concluye o continúa TEC hasta un máximo de 12 sesiones*

- Después de 6 meses de estabilidad afectiva (respuesta) y finalización del programa de Psicoeducación se indica Psicoterapia al paciente.
- En caso de que el paciente no muestre respuesta o remisión clínica (Puntaje HAMD-17 < 7, MADRS < 11) se presenta el caso en "sesión de caso difícil" para brindar mejor alternativa de tratamiento disponible para el paciente.

Continua...

... continuación

CONSULTA DE VALORACIÓN DE PERMANENCIA EN EL PROGRAMA
PROFESIONAL: PSIQUIATRA DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA DE ALTA ESPECIALIDAD, JEFE DE SERVICIO DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Si durante cualquier consulta de seguimiento se consigue remisión clínica de la depresión resistente a tratamiento (puntaje HAMD-17 <7, MADRS <11), el paciente pasa a fase de mantenimiento. · Se mantiene con el mismo tratamiento farmacológico con el que se alcanzó remisión clínica. · Si durante seis meses continúa en remisión clínica de la depresión resistente a tratamiento, se determina que hay una remisión sostenida.
SESIÓN PARA REVISIÓN DE CASOS DIFÍCILES
PROFESIONALES: PSIQUIATRAS DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO, RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA DE ALTA ESPECIALIDAD, JEFE DE SERVICIO DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DEL AFECTO, ESPECIALISTAS INVITADOS
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Se agenda reunión martes o viernes. · Acuden médicos adscritos, residentes, jefe del servicio y algún jefe de otro servicio si se considera necesario. · El médico responsable del paciente presenta HC H de medicamentos y de respuesta a los mismos. · Se decide en conjunto la mejor línea de tratamiento o referencia a otros centros, sobre todo psicocirugía o neuromoduladores no disponibles en el INPRFM. · Se solicitan pruebas neuropsicológicas y de personalidad en caso de ser necesarias. · En caso de ser necesario se presenta y revisa el caso con el Departamento de Psicología y se solicitan pruebas de personalidad. · En caso de que el paciente requiera una alternativa de tratamiento no disponible en el INPRFM, se realiza el procedimiento de referencia específico para cada institución (revisar con Trabajo Social). · El paciente o responsable legal y un testigo deben firmar el formato de referencia. · En casos de evolución tórpida del paciente, cuando se determina que el paciente no alcanzará remisión con los métodos médicos actuales, se brinda seguimiento subsecuente por el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento, por máximo beneficio .
PROFESIONAL: TRABAJO SOCIAL
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Trámite de referencia/contrarreferencia · Acompañamiento al paciente y familiar o acompañante

FASE 5:
PACIENTE SIN CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO
Contrarreferencia del paciente a Psiquiatría General
PROFESIONAL: PSIQUIATRA, RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
Actividades: <ul style="list-style-type: none">· Cuando el paciente está en remisión sostenida de la depresión resistente a tratamiento durante seis meses se hace la contrarreferencia de la Clínica de Trastornos del Afecto a Psiquiatría General, donde continúa la vigilancia del estado de remisión con el psiquiatra tratante.· Se dan citas de seguimiento cada 2 o 3 meses intercaladas entre el servicio de Psiquiatría General y el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento.· Posterior a un año continuado de remisión sostenida, las consultas subsecuentes quedan a cargo de Psiquiatría General.· Cita abierta a reiniciar el programa en caso de cumplir criterios de inclusión de depresión resistente a tratamiento.

Bibliografía

1. Bennabi D, Charpeaud T, Yrondi A, Genty JB, Destouches S, Lancrenon S, *et al.* 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*. 2019;19(1):262. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2237-x>
2. Corrales A, Cetkovich-Bakmas M, Corral R, García-Bonetto G, Herbst L, Lupo C, *et al.* Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*. 2020;31:1-40.
3. Jimenez J. Depresión Resistente a Tratamiento: definición conceptual y modelo de tratamiento o INPRFM. México: Clínica de Trastornos del Afecto, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2020.
4. Spitzer R, Williams J, Kroenke J, *et al.* Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9). Pfizer Inc.
5. Agency for Healthcare Research Quality. Definition of Treatment-Resistant Depression in the Medicare Population. USA: Agency for Healthcare Research and Quality, 2017.
6. McAllister-Williams RH, Arango C, Blier P, Demyttenaere K, Falkai P, Gorwood P, *et al.* The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: An international consensus statement. *J Affect Disord*. 2020;267:264-82.
7. 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. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2017;34(2):245-9. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>.
8. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, *et al.* 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. *J Clin Psychol*. 2017;73(9):1076-90.
9. Cortés-Vázquez EB, Ramírez-Guerrero M, Olvera-Méndez J, Arriaga-Abad Y. El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*. 2009;14(20):78-88.
10. Jimenez J. Líneas de tratamiento para depresión resistente a tratamiento. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2020.
11. Tamayo J, Rosales-Barrera JI, Villaseñor-Bayardo SJ, Rojas-Malpica C. Consenso latinoamericano basado en la evidencia sobre el diagnóstico y manejo de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Salud Mental*. 2011;34(3):267-273
12. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90]. Londres: National Institute for Health and Care Excellence, 2009.
13. National Institute for Health and Care Excellence. Implanted vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression. Inter-ventional procedures guidance [IPG679]. Londres: National Institute for Health and Care Excellence, 2020.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. Full guideline. Methods, evidence and recommendations. Londres: National Institute for Health and Care Excellence, 2018.
15. Heinze G, Camacho P. 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, 2020.
16. American Psychiatric Association. Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. Third edition. USA: American Psychiatric Association, 2010.
17. CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3: Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-60. <https://doi.org/10.1177/0706743716659417>
18. Cipriani A, Furukawa T, Salanti G, Chaimani A, Atkinson L, Ogawa Y, *et al.* 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*. 2018;391(10128):1357-66. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
19. Dold M, Bartova L, Kasper S. Treatment response of add-on esketamine nasal spray in resistant major depression in relation to add-on second-generation antipsychotic treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2020;23(7):440-45. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa034>
20. Mankad MV, Beyer JL, Weiner RD, Krystal A. Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2010.
21. Scott A. The ECT Handbook: The Third Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT. London: Royal College of Psychiatrists, 2005.

22. Weiss A. *The Electroconvulsive Therapy Workbook. Clinical Applications*. London: Routledge, 2018.
23. Kellner CH. *Handbook of ECT. A Guide of Electroconvulsive Therapy for Practitioners*. New York: Cambridge University Press, 2019.
24. Ijaz S, Davies P, Williams C, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD010558. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>
25. van Bronswijk S, Moopen N, Beijers L, Ruhe HG, Peeters F. Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*. 2019;49(3):366-379. <https://doi.org/10.1017/S003329171800199X>
26. Ortega H, Martínez A, Paretto C. Coadyuvantes farmacológicos en el tratamiento de los trastornos depresivos en adultos en Rosel M, de la Peña FR, Becerra C. *Tratamientos Coadyuvantes para los Trastornos Psiquiátricos*. México: Springer Healthcare, 2020.
27. Kasper S, Cubala W, Fagiolini A, Ramos-Quiroga JA, Souery D, Young AH. Practical recommendations for the management of treatment-resistant depression with esketamine nasal spray therapy: Basic science, evidencebased knowledge and expert guidance. *World J Biol Psychiatry*. 2020;12:1-15. <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1836399>
28. Sarabia-Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan*. 2007;42:7-17.
29. Fierro N. *Manejo de Casos y Continuidad de Cuidados en Salud Mental. Curso Gestión de Casos*. México: Departamento de Salud Mental, Servicio de Salud Aconcagua.
30. Jiménez J. *Guía Clínica Para la Operación del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento. Clínica de Trastornos del Afecto*[actualmente en revisión]. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2019

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 del INPRFM

[Ir al anexo](#)

Anexo 2: Cuestionario de evaluación del aprendizaje del paciente

[Ir al anexo](#)

Anexo 3: Hoja de interconsulta

[Ir al anexo](#)

Anexo 4: Hoja de ensayos terapéuticos

[Ir al anexo](#)

Anexo 5: Escalas HRSD y MADRS

Ramos-Brieva J, Cordero Villafafila A. Validación de la versión castellana de la escala. Hamilton para la depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1986;14:324-34.

Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc). 2002;118(13):493-9.

Disponible en:

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/02/gpc_534_anexo2.pdf

Anexo 6: Escala Morisky de Adherencia a la medicación

[Ir al anexo](#)

Anexo 7: 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 8: Cuestionario WHODAS

[Ir al anexo](#)

Anexo 9: Evaluación Global de Funcionamiento GAF

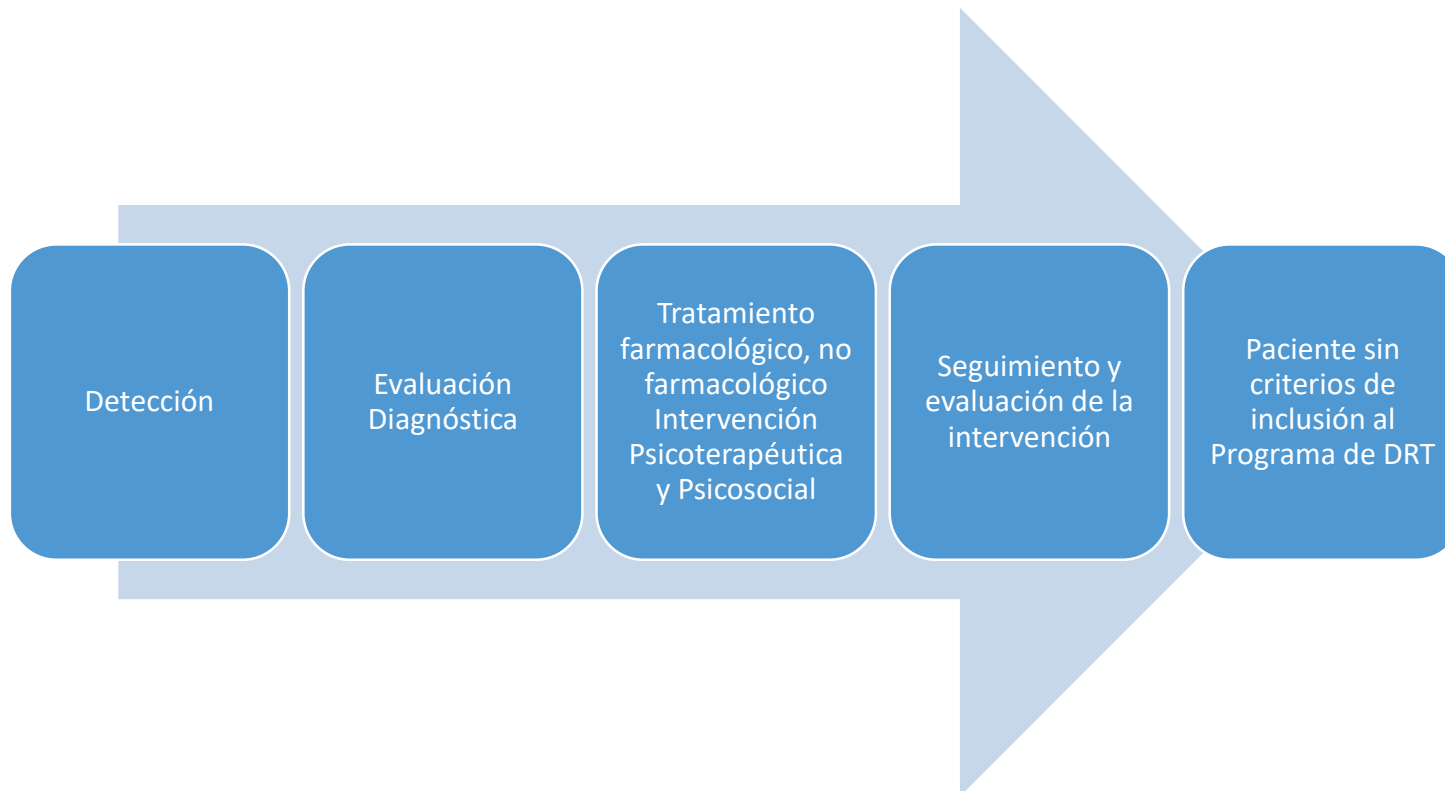
[Ir al anexo](#)

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 del INPRFM

Matriz de Preguntas clínicas y organizacionales con respuestas según evidencia, para el desarrollo de la VAI para DRT del INPRFM

Macroproceso de atención a la depresión resistente al tratamiento



VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA PARA LA DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

Detección / identificación: Identificar a la persona con probable diagnóstico de depresión resistente a tratamiento

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Identificar a pacientes con diagnóstico previo de depresión mayor que han recibido, en un período de 12 semanas, dos ensayos validados sin mostrar respuesta a tratamiento.	Cada vez que se detecte a algún paciente con diagnóstico de depresión mayor que no muestre respuesta a tratamiento después de dos ensayos farmacológicos.	Se identifica a aquellos pacientes que pasaron por dos ensayos farmacológicos, cada uno con una duración de cuatro a seis semanas efectivas. En cada uno se debió haber aplicado al final una o ambas de las siguientes escalas: HAMD-17 y/o MADRS. Calificaciones \geq a 7 en la escala HAMD-17 o \geq a 11 en la escala MADRS, se interpreta como posible falta de respuesta al tratamiento y los pacientes deben pasar a la etapa de evaluación diagnóstica.	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Área de preconsulta del INPRFM Consulta Externa General del INPRFM Consulta Externa de cualquier clínica de especialidad Consulta Externa CAAF (próximamente CESAMA)	Identificar al paciente con posible DRT de manera correcta y oportuna A todos los pacientes con depresión mayor después de dos ensayos farmacológicos se aplica una o ambas escalas (HAMD-17 y/o MADRS) permaneciendo con calificaciones \geq a 7 en la escala HAMD-17 o \geq a 11 en la escala MADRS
Interconsulta al Programa de Depresión Resistente a Tratamiento de la Clínica de Trastornos Afectivos.	Al detectar a un paciente con calificaciones \geq a 7 en la escala HAMD-17 o \geq a 11 en la escala MADRS posterior	En apego a los criterios de inclusión del Programa de Depresión Resistente a Tratamiento se elabora nota para solicitud de interconsulta.	Psiquiatra Residente de psiquiatría	Área de preconsulta del INPRFM Consulta Externa General del INPRFM	Todos los pacientes con calificaciones \geq a 7 en la escala HAMD-17 o \geq a 11 en la escala MADRS son referidos de manera inmediata para

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
	a 12 semanas totales de tratamiento con dos ensayos antidepresivos terapéuticos consecutivos.	<p>El paciente deberá contar con un psiquiatra o residente de psiquiatría asignado por la Consulta externa del INPRFM</p> <p>Se debe presentar el caso con detalle a un médico adscrito o residente de alta especialidad de la Clínica de Trastornos del Afecto.</p> <p>Se debe explicar con detalle al paciente y familiar acompañante el motivo de la referencia al Programa.</p> <p>Orientar sobre los pasos a seguir y proporcionar información específica (lugar y nombre de algún médico) sobre la cita de valoración en la Clínica de Trastornos Afectivos.</p>		<p>Consulta Externa de cualquier clínica de especialidad</p> <p>Consulta Externa CAAF (próximamente CESAMA)</p>	confirmación de diagnóstico.
Programación de cita de valoración en la Clínica de Trastornos Afectivos, programa de depresión resistente a tratamiento.	Al momento en que se solicita la interconsulta para valoración.	<p>Se registra fecha de la cita en agenda física del médico asignado, en la agenda electrónica y en el carnet del paciente.</p> <p>En caso de que el paciente no esté presente al momento de asignar fecha y hora de la cita se</p>	<p>Personal de apoyo administrativo</p> <p>Secretaria Médicos que laboran en la Clínica de</p>	Clínica de Trastornos Afectivos (tercer piso de la Torre de la Clínica de Especialidades).	Las citas se deben programar en plazos no mayores a 30 días.

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
		<p>solicita el número de teléfono para informarle al respecto.</p> <p>Se registra dirección de correo electrónico del paciente con programación de fecha de recordatorio</p>	Trastornos Afectivos.		
Coordinación y acompañamiento de la atención al paciente	Uno o dos días hábiles antes de la fecha programada para la cita	<p>Se solicitan los datos al paciente y acompañante</p> <p>Se realiza llamada telefónica a los pacientes para recordarles sus citas</p> <p>Mediante APP diseñada ex profeso</p> <p>Se le brinda hoja de información al paciente del proceso de atención.</p>	<p>Personal de apoyo administrativo TS Enfermería</p> <p>Manejo automatizado</p>	<p>Programa de DRT</p> <p>Plataforma APP</p>	<p>Todos los pacientes citados reciben un recordatorio de su cita de valoración</p> <p>Todos los pacientes conocen el proceso de atención del programa de depresión resistente a tratamiento.</p>

Evaluación Diagnóstica en el Programa de Depresión Resistente a Tratamiento: 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 diagnósticos diferenciales y comorbilidades	En la primera cita de valoración (o la segunda en caso de requerir pruebas complementarias)	<p>En interconsulta de 90 minutos</p> <p>Acompañado de informante de confianza</p> <p>Con expediente clínico físico y electrónico</p> <p>Entrevista médica y psiquiátrica estructurada con exploración física</p> <p>Solicitar estudios de laboratorio, así como estudios de imagen y de gabinete suficientes en cada caso.</p>	<p>Psiquiatra de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residente de psiquiatría de alta especialidad</p>	Clínica de Trastornos Afectivos (tercer piso de la Torre de la Clínica de Especialidades)	<p>Descartar personas que no tienen diagnóstico de DRT</p> <p>Identificar comorbilidades médicas y psiquiátricas en personas con DRT</p>
Evaluación de respuesta a ensayos terapéuticos y confirmación diagnóstica	En la primera cita de valoración	<p>En interconsulta de 90 minutos</p> <p>Se revisa la falla a dos ensayos terapéuticos con base en la Guía de Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor y la guía del programa de depresión resistente a tratamiento del INPRFM</p> <p>Aplicación de Escala de Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) y Escala de efectos secundarios</p>	<p>Psiquiatra de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residente de psiquiatría de alta especialidad</p>	Clínica de Trastornos Afectivos	Descartar personas y hacer recomendaciones a médicos tratantes de pacientes que no cumplen criterios diagnósticos de DRT

		<p>UKU a cada uno de los tratamientos actuales</p> <p>Se consigna información en el expediente clínico físico y electrónico por medio de la hoja de interconsulta al Programa de DRT</p> <p>Confirmación diagnóstica</p>			
<p>Evaluación de la severidad de síntomas depresivos y funcionamiento psicosocial del paciente</p>	<p>En la primera cita de valoración</p>	<p>En interconsulta de 90 minutos</p> <p>Aplicación del cuestionario para la discapacidad WHODAS 2.0 y la Evaluación Global de Funcionamiento GAF</p> <p>Aplicación de HAMD-17 siempre y cuando hayan transcurrido más de dos semanas de la aplicación previa</p> <p>Aplicación de Escala MADRS para severidad del cuadro depresivo siempre y cuando hayan transcurrido más de dos semanas de la aplicación previa</p> <p>Cuando se detecta problemática psicosocial en el paciente se presenta el caso a Trabajo Social y se agenda cita de valoración psicosocial</p>	<p>Escalas autoaplicable y heteroaplicables</p> <p>Psiquiatra de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residente de psiquiatría de alta especialidad</p>	<p>Clínica de Trastornos Afectivos</p>	<p>Contar con una valoración basal de los pacientes con DRT</p>

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Evaluación de la Severidad de la DRT	En la primera cita de valoración	Obtención del puntaje para estadificación de la DRT con la escala Thase and Rush. Severidad de la DRT por medio del método de estadificación de Maudsley modificado UNM-MSM			
Estudio socioeconómico a pacientes de primera vez	Inicio del proceso	40 min Apertura de expediente, para HC Estudio socioeconómico llenado (según Dx puede estar acompañado) Firma de enterado del NSE, con posibilidad de inconformidad Se actualiza cada dos años o antes si es necesario NSE se registra en el sistema Entrega de carnet, con NSE, con sello y firma	TS Se asigna por la jefa de servicio TS	CE, según turno (6 por día) Atención psiquiátrica continua (hosp)	Programar cita Atención inmediata El paciente cuenta con un nivel socioeconómico para su atención
Valoración psicosocial	A solicitud del Psiquiatra de Interés profesional de TS (identifique la necesidad con base en datos ofrecidos por el paciente o familia)	Se realizan varias entrevistas (5-6) Entrevista a la familia y paciente	TS	CE Visita domiciliaria	Trabajo en equipo Integrar a TS cuando sea necesaria una intervención psicosocial Establecer criterios para seguimiento por el equipo

Tratamiento farmacológico

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Reajuste farmacológico	En la primera o segunda consulta de valoración	<p>En la primera interconsulta de 90 minutos o en la segunda consulta de 30 minutos</p> <p>Pacientes con DRT Estadío II a III Thase and Rush:</p> <p>Revisión exhaustiva de intervenciones previas por medio de la hoja de captura para medicamentos y de comorbilidades médicas y psiquiátricas identificadas en la valoración</p> <p>Se utilizan el AD que mostró mejor respuesta en ensayos previos llevándolo a dosis máxima en caso de que esta no haya sido empleada</p> <p>En caso de haber contado con AD a dosis máxima se adiciona potenciador. Se prefieren los de mayor evidencia de primera línea o, a juicio médico, cualquier técnica de potenciación de segunda línea</p> <p>Pacientes con DRT Estadío IV Thase and Rush:</p>	<p>Psiquiatra de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residente de psiquiatría de alta especialidad</p> <p>Jefe de Servicio de la Clínica de Trastornos Afectivos</p>	Clínica de Trastornos Afectivos	Los pacientes con DRT reciben el tratamiento correcto en función de la severidad de su padecimiento

		<p>Combinación de IMAO + AD no IMAO con vigilancia estrecha según sintomatología y comorbilidades. Se intenta llevar a dosis máxima o dosis respuesta adicionando técnica de potenciación de ser necesario (primera o segunda línea)</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>Técnica de neuroestimulación (TEC EMT o ECD) + AD con mejor efecto en dosis máxima tolerada</p> <p>Pacientes con DRT Estadío V Thase and Rush:</p> <p>Se presenta el caso en “sesión de caso difícil” de la Clínica de Trastornos del Afecto y la conducta terapéutica se decide por el grupo de expertos en conjunto</p>			
Psicoeducación a cada paciente en cada consulta	Durante la consulta de evaluación diagnóstica	Se le explica al paciente las características específicas de su padecimiento, cómo gestionarlo para minimizar sus efectos y cómo intervenir para mejorar su calidad de vida.	<p>Psiquiatra de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residente de psiquiatría de alta especialidad</p>	Clínica de Trastornos Afectivos	Todos los pacientes reciben información correcta sobre su padecimiento y cómo gestionarlo para minimizar sus efectos

			Jefe de Servicio de la Clínica de Trastornos Afectivos		
Informar al paciente	Durante la consulta de evaluación diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente el sistema de seguimiento continuo por parte de la institución de salud • Informar al paciente que se le contactará antes de su próxima visita para conocer su evolución • Explicar al paciente cuáles son sus opciones en caso de necesitar ayuda antes de su siguiente consulta • Brindar hoja de información al paciente del proceso de atención 	Psiquiatra de la Clínica de Trastornos Afectivos Residente de psiquiatría de alta especialidad Jefe de Servicio de la Clínica de Trastornos Afectivos	Clínica de Trastornos Afectivos	Todos los pacientes reciben información correcta sobre el seguimiento que brinda el Programa de DRT

Tratamiento no farmacológico (neuroestimulación)

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Se proporciona TEC	<p>Cuando se presentan pacientes con DRT Estadio IV Thase and Rush o después de la tercera falla en la respuesta terapéutica dentro del programa de DRT</p> <p>Las sesiones se programan de forma terciada de lunes a viernes</p>	<p>Se inician sesiones de TEC De 10 a 12 sesiones</p> <p>Las sesiones se programan de forma terciada: lunes, miércoles y viernes</p> <p>Los pacientes firman formato de consentimiento informado</p> <p>Se aplica protocolo universal de seguridad del paciente para TEC del INPRFM</p> <p>Se verifica que se cumplen todos los criterios establecidos en el protocolo mediante la información registrada en los formatos institucionales correspondientes a cada área</p>	<p>Psiquiatras de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residentes de psiquiatría de alta especialidad</p> <p>Especialistas en el servicio de TEC</p>	<p>Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Servicio de TEC</p>	<p>Se evita que pacientes con contraindicaciones reciban TEC</p> <p>Se evitan complicaciones en pacientes que reciben TEC</p>
Valoración psiquiátrica de respuesta a TEC	Después de la sesión 8 de TEC en consulta de seguimiento	<p>Aplicación de HAMD o MADRS</p> <p>Entrevista psiquiátrica estructurada</p> <p>Se revisa al paciente después de cada sesión a partir de la sesión 8</p> <p>Se decide si concluye o continúa TEC hasta un máximo de 12 sesiones</p>	<p>Psiquiatras de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residentes de psiquiatría de alta especialidad</p>	Clínica de Trastornos Afectivos	

Intervención Psicosocial y Psicoterapéutica

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Indicación de Psicoeducación	En la primera consulta de valoración	Se envía al paciente y familiares o cuidadores interesados que acudan al programa de psicoeducación Modalidad presencial: Se abre 1 vez cada 6 meses O Modalidad virtual: 8-9 sesiones virtuales (1 por semana) Aplicar las guías elaboradas por el INPRFM “Guía psicoeducativa para el personal de salud para pacientes que sufren depresión”.	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
Sesiones de Psicoeducación Modalidad presencial	Depende del programa semestral	Organizar sesiones grupales con pacientes (durante la mañana) Duración: 1 hr De 8 a 9 sesiones (2 por semana) El cupo es de 12 a 15 personas máximo Sesiones grupales para familiares o cuidadores interesados (durante la tarde)	Psiquiatra (supervisores) Residente de psiquiatría Residentes de Alta especialidad (encargados directos)	Aula asignada del INPRFM	La intervención de Psicoeducación será obligatoria para los pacientes y sus familiares o cuidadores para poder acceder a Psicoterapia

		<p>Duración: 1 hr De 8 a 9 sesiones (2 por semana) El cupo es de 12 a 15 personas máximo</p> <p>Se entrega al paciente y familiares o cuidadores el material impreso con información presentada de manera amigable. Este material se encuentra especificado dentro de las Guías de los Modelos de Tratamiento del INPRFM.</p> <p>En la última sesión se aplica cuestionario al paciente para evaluar el aprendizaje del curso de Psicoeducación</p>	Personal de Psicología invitados		Cambiar a modalidad digital y dar un plazo de 2 meses para cursarlo
Programa de Psicoeducación modalidad virtual	1 vez por semana	<p>De 8 a 9 sesiones grupales</p> <p>Psiquiatría Nutrición Pasante de Psicología (deseable)</p> <p>En la última sesión se aplica cuestionario al paciente para evaluar el aprendizaje del curso de Psicoeducación</p>	Paciente, familiares o cuidadores interesados		

Indicación de tratamiento psicoterapéutico	Después de 6 meses de estabilidad afectiva (respuesta) y finalización del Programa de Psicoeducación se indica Psicoterapia al paciente	Se solicita interconsulta al área de Psicología del INPRFM a través del sistema de hospital El manual del INPRFM indica que el paciente debe estar estable para poder indicar psicoterapia Se envía al paciente al área administrativa. Módulo D o F	Psiquiatra Residente de psiquiatría Psiquiatra de la clínica de trastornos del afecto Residente de Psiquiatría del alta especialidad	Servicio de psiquiatría Servicio especializado en DRT Servicio de hospitalización psiquiátrica	Todos los pacientes con DRT que cumplen los requisitos de Adherencia al Tx y Psicoeducación reciben psicoterapia como parte de su tratamiento integral
Asignación de cita	El mismo día que se solicita la interconsulta	Revisa el sistema de hospital Se asigna al terapeuta en función de la disponibilidad	Apoyo administrativo	Módulo D o F	
Primera vez Tratamiento psicoterapéutico	Máximo 15 días después de la solicitud de interconsulta	Entrevista inicial Citas subsecuentes (semanales o quincenales de acuerdo a la capacidad de asistencia del paciente) De acuerdo a la disponibilidad de los terapeutas, el paciente con DRT puede recibir cualquiera de las siguientes: 1. Terapia cognitivo conductual 2. Psicoterapia:	Psicoterapeuta del Departamento de Psicología	Consultorio de Psicoterapia	Adquisición de habilidades emocionales y cognitivas para contender con las demandas del entorno social, familiar y personal El paciente debe firmar un consentimiento informado (2021) (se va a someter a

		<ul style="list-style-type: none"> • Terapia psicodinámica breve para la depresión • Terapia breve estratégica* • Terapia sistémica • Terapia Eriksoniana • Terapia humanista <p>Todas las propuestas terapéuticas requerirán máximo 15 sesiones (según el Manual de Procedimientos del Departamento de Psicología actualizado al 2020).</p> <p>Se registra la información en la NOTA para que el Psiquiatra tratante sepa lo que sucedió en las terapias y se informa al paciente.</p> <p>Si el paciente no asiste 3 veces seguidas, se suspende el tratamiento psicoterapéutico.</p> <p>Si el paciente abandona el Tx farmacológico se suspende el tratamiento psicoterapéutico.</p> <p>Los criterios de alta (de Psicoterapia) del paciente dependen de los resultados obtenidos de las mediciones con las escalas clinimétricas que se aplican según cada corriente terapéutica.</p>			<p>autorización del Comité de Expediente Clínico)</p> <p>Implementar instrumentos de medición y criterios de alta para ser objetivos para determinar la mejora del paciente y alta de la intervención (propuesta de la Dra. Tirado)</p>
--	--	---	--	--	---

		<p>Las terapeutas con modelo cognitivo conductual sí miden los resultados obtenidos</p> <p>Si el paciente no tiene mejoría, se hace una referencia a una institución externa al INPRFM.</p>			
Juntas de revisión de casos	Semanalmente	<p>Generalmente se realizan en grupo</p> <p>Los psicoterapeutas presentan los casos que consideran complicados</p> <p>Se deciden cambios de psicoterapeuta o se cambian las estrategias terapéuticas</p>	Jefa del Departamento de Psicología y psicoterapeutas	Oficina de la Jefa del Departamento de Psicología en el edificio de Especialidades	Asignación de acuerdo a las características de cada caso y productividad de los psicoterapeutas

Seguimiento y Evaluación de la Intervención

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
Primera consulta de seguimiento farmacológico	(Max. 15 días desde Cita 2-3 de valoración y reajuste de Tx por el Programa de DRT)	Confirmación de asistencia del paciente a la cita de valoración Valoración de efectos adversos Corroborar adherencia inicial al tratamiento Se brinda Psicoeducación al paciente	Psiquiatra general Residente de Psiquiatría		
Reprogramación de cita de valoración perdida en la Clínica de Trastornos Afectivos.	Durante consulta de seguimiento farmacológico en el servicio de Psiquiatría General con previo consentimiento del paciente	Se registra fecha de la cita en agenda física del médico asignado, en la agenda electrónica y en el carnet del paciente. En acuerdo con el paciente	Personal de apoyo administrativo Secretaria Médicos que laboran en la Clínica de Trastornos Afectivos.	Clínica de Trastornos Afectivos (tercer piso de la Torre de la Clínica de Especialidades).	Las citas se deben programar en plazos no mayores a 30 días.
Consultas subsecuentes de seguimiento	4-6 semanas después de la consulta anterior de seguimiento	Seguimiento Consultas alternadas entre Psiquiatra General y el Programa de DRT Valoración de efectos adversos	Responsabilidad compartida Psiquiatra de la Clínica de Trastornos Afectivos	Clínica de Trastornos Afectivos Consulta externa	Se controla la evolución clínica de los pacientes con DRT hasta la remisión

		<p>Corroborar adherencia inicial al tratamiento</p> <p>Corroborar mejoría clínica por escalas HAMD-17 o MADRS hasta alcanzar remisión (Puntaje HAMD-17 < 7 MADRS < 11)</p> <p>En caso de requerir ajuste al tratamiento farmacológico se hará de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>Primera intervención a dosis máxima + potenciador con falla:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cambio a AD de primera línea según síntomas predominantes y comorbilidades hasta dosis máxima2. Si contó con todos ellos previamente o no tiene disponibilidad de ninguno, cambiar a un AD de segunda línea3. Aplicación de HAMD o MADRS. En caso de respuesta menor al 25% del puntaje basal a seis semanas de dosis máxima tolerada, agregar potenciador de primera línea o, a juicio del médico,	Psiquiatra General		
--	--	---	--------------------	--	--

		<p>cualquier técnica de potenciación de segunda línea.</p> <p>En caso de falla a la segunda intervención a dosis máxima + potenciador:</p> <p>Cambio a un AD de segunda línea, llevándolo a dosis máxima y agregar potenciador de primera o segunda línea, según el caso</p> <p>En caso de tercera falla en la respuesta, o Estadio IV Thase and Rush, o de ya haber tenido un AD de segunda línea en la segunda falla:</p> <p>Combinación de IMAO + AD no IMAO con vigilancia estrecha según sintomatología y comorbilidades. Se intenta llevar a dosis máxima o dosis respuesta adicionando técnica de potenciación de ser necesario (primera o segunda línea)</p> <p>O</p> <p>Se indica Técnica de neuroestimulación (TEC EMT o ECD) + AD con mejor efecto en dosis máxima tolerada. Se debe seguir protocolo TEC.</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>Se brinda Psicoeducación al paciente en cada consulta</p> <p>*Durante el periodo de las sesiones de TEC las sesiones de valoración de ensayos terapéuticos se llevan a cabo 1 vez por semana</p> <p>Valoración psiquiátrica de respuesta a TEC en la sesión 8. Se decide si concluye o continúa TEC hasta un máximo de 12 sesiones*</p> <p>Después de 6 meses de estabilidad afectiva (respuesta) y finalización del Programa de Psicoeducación se indica Psicoterapia al paciente</p> <p>En caso de que el paciente no muestre respuesta o remisión se presenta el caso en “sesión de caso difícil” para brindar mejor alternativa de tratamiento disponible para el paciente.</p>			
Consulta de valoración de permanencia en el programa		Si durante cualquier consulta de seguimiento se consigue remisión clínica de la DRT el paciente pasa a fase de mantenimiento por 6 meses (Puntaje HAMD-17 < 7 MADRS < 11)	Psiquiatra de la Clínica de Trastornos Afectivos Residente de psiquiatría de		

		<p>Se mantiene con el mismo Tratamiento farmacológico con el que se alcanzó remisión</p> <p>Si durante 6 meses continúan en remisión de DRT, se determina que hay una remisión sostenida</p>	<p>alta especialidad</p> <p>Jefe de Servicio de la Clínica de Trastornos Afectivos</p>		
<p>Sesión para revisión de casos difíciles</p>	<p>Pacientes en estadio IV Thase and Rush (consulta de valoración diagnóstica)</p> <p>Después de tercera falla a alternativas de Tx (después de seis semanas para cada fallo)</p>	<p>Se agenda reunión martes o viernes. Acuden médicos adscritos, residentes, jefe del servicio y algún jefe de otro servicio si se considera necesario.</p> <p>El médico responsable del paciente presenta HC H de medicamentos y de respuesta a los mismos.</p> <p>Se decide en conjunto mejor línea de Tx o referencia a otros centros, sobre todo psicocirugía o neuromoduladores no disponibles en el INPRFM.</p> <p>Se solicitan pruebas neuropsicológicas y de personalidad en caso de ser necesarios</p> <p>En caso de ser necesario se presenta y revisa el caso con el Departamento de Psicología y se solicitan pruebas de personalidad</p>	<p>Psiquiatras de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residentes de psiquiatría de alta especialidad</p> <p>Jefe de Servicio de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Especialistas invitados</p>	<p>Clínica de Trastornos Afectivos, 3° piso del INPRFM, Clínica de Especialidades</p>	<p>Los pacientes con DRT severa reciben el tratamiento correcto en función de su evolución clínica</p>

		<p>En caso de que el paciente requiera una alternativa de tratamiento no disponible en el INPRFM, se realiza procedimiento de referencia específico para cada institución (Revisar con TS)</p> <p>El paciente o responsable legal y un testigo deben firmar formato de referencia</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 se brinda seguimiento subsecuente por el Programa de DRT, por máximo beneficio.</p>			
Referencia / Contrarreferencia	Psiquiatra entrega hoja de referencia para enviar a otra institución	<p>Completan trámite y se entrega a paciente o familiar</p> <p>En caso de pacientes con riesgo suicida</p> <p>Se hace enlace con el hospital de referencia</p>	TS	CE TS	Hacer seguimiento con el paciente y registrar en nota

Paciente sin Criterios de Inclusión al Programa de DRT

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
<p>Contrarreferencia del paciente a Psiquiatría General</p>	<p>Cuando el paciente está en remisión sostenida de la DRT durante 6 meses</p>	<p>Se hace la contrarreferencia de la Clínica de Trastornos afectivos a Psiquiatría General donde continúa la vigilancia del estado de remisión con el Psiquiatra tratante</p> <p>Se dan citas de seguimiento cada 2 o 3 meses intercaladas entre el servicio de Psiquiatría General y la Clínica de DRT</p> <p>Posterior a un año continuado de remisión sostenida las consultas subsecuentes quedan a cargo de Psiquiatría General</p> <p>Cita abierta para reiniciar el programa en caso de cumplir criterios de inclusión de DRT</p>	<p>Psiquiatras de la Clínica de Trastornos Afectivos</p> <p>Residentes de psiquiatría de alta especialidad</p>	<p>Clínica de Trastornos Afectivos</p>	



Anexo 2

Cuestionario de evaluación del aprendizaje del paciente

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE DEL PACIENTE

Estructura del Taller psicoeducativo presencial y por telemedicina diseñado para pacientes y familiares con diagnóstico de Depresión Resistente a tratamiento del INPRFM 2021

1. Sesión 1: ¿Qué es la depresión? (datos importantes), cómo identificarla y cómo la diagnosticamos. (Se aplica HAM-D inicial)
2. Sesión 2: Bases biológicas de la depresión.
3. Sesión 3: Tratamientos disponibles (psicofarmacológicos, psicoterapéuticos y Neuroestimulación (TEC, EMTr)
4. Sesión 4: Qué es depresión resistente a tratamiento y la importancia de tratar la depresión hasta su remisión sintomática
5. Sesión 5: Tips para aumentar la adherencia al tratamiento, cuánto tiempo tengo que tomar mi medicación, efectos secundarios de los tratamientos a corto y largo plazo.
6. Sesión 6: Ejercicio y alimentación y la importancia de tratar las comorbilidades (médicas y psiquiátricas)
7. Sesión 7: Qué puedo hacer yo para ayudarle a mi psiquiatra y psicoterapeuta a combatir mi depresión (utilizar y basarse en el toolkit de CANMAT de ejercicio y depresión SMART goals
8. Riesgo suicida, como identificarlo, a dónde acudir, plan de emergencia. (Se aplica HAM-D final)

El siguiente cuestionario valora la comprensión del paciente con DRT sobre su salud mental y su tratamiento. Es el insumo del indicador número 10, descrito en el apartado de Indicadores para la monitorización de la VAI.

Evaluación de conocimientos obtenidos en el curso psicoeducativo sobre la Depresión Resistente a tratamiento:

Las siguientes preguntas tienen como finalidad evaluar nuestra capacidad como personal de salud mental de transmitirle la información necesaria sobre la depresión y la resistencia a tratamiento de manera entendible para usted y su familia, no tiene como finalidad evaluarlo directamente a usted y no influye en ninguna forma en su atención. Agradeceremos por favor responda las siguientes preguntas:

1. Menciona qué factor influye en la aparición de la depresión en una persona
 - a. Factores Biológicos
 - b. Factores Ambientales
 - c. Factores Bioquímicos
 - d. Rasgos de personalidad
 - e. **Todos los anteriores**

2. Es una situación que puede agravar las ideas suicidas:
 - a. **Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas**
 - b. Acudir a psicoterapia
 - c. Hablar sobre las ideas suicidas con quien las piensa
 - d. Ir al psiquiatra
 - e. Comunicarle a alguien que pienso en la muerte

3. Cuando tenemos ideas suicidas lo que debemos hacer para evitar complicaciones sería:
 - a. Acudir a APC o al servicio de urgencias psiquiátricas más cercano
 - b. Aislarme y esperar a que se quiten
 - c. No decirle a nadie para no espantarlos
 - d. Avisarle a mi psiquiatra tratante siempre que las tenga
 - e. **a y d son correctas**

4. Mencione la afirmación que es correcta sobre la depresión resistente a tratamiento:
 - a. Es una enfermedad que se cura con medicamentos que después me retirarán.
 - b. Es una enfermedad que no se cura a menos que me den terapia electroconvulsiva.
 - c. Es una enfermedad que se cura únicamente con psicoterapia.
 - d. **Es una enfermedad que no se cura, pero se puede controlar con medicamentos, algunas veces Terapia electroconvulsiva y psicoterapia.**
 - e. Es una enfermedad que se controla sólo con psicoterapia.

5. Menciona las actividades con evidencia científica que los pacientes pueden hacer para mejorar los síntomas depresivos de manera continuada:
 - a. Tomar alcohol y fumar cigarros.
 - b. **Ejercicio aeróbico y alimentación balanceada.**
 - c. Dieta alta en carbohidratos y café.
 - d. Viajar a lugares exóticos y comprar cosas que me gustan.
 - e. Aislarme en mi casa y quedarme en cama.

6. Decimos que tenemos depresión resistente a tratamiento cuando
 - a. Hemos tomado un tratamiento de manera correcta y no mejoramos.
 - b. **Hemos tomado dos tratamientos diferentes de manera correcta y no mejoramos.**
 - c. Hemos tomado tratamiento, pero lo hemos dejado en varias ocasiones.
 - d. No hemos tenido tratamiento médico y los tratamientos alternativos no han funcionado.
 - e. Recaímos después de un tratamiento correcto.

7. El estigma que más nos daña nuestra calidad de vida es:
 - a. El estigma institucional
 - b. El estigma familiar
 - c. El estigma público
 - d. **El autoestigma**

8. El neurotransmisor que en el cerebro es el principal activador y da energía es:
 - a. **Glutamato**
 - b. GABA
 - c. Serotonina
 - d. Dopamina
 - e. Noradrenalina

9. El neurotransmisor que en el cerebro es el principal encargado de ayudarme a sentir placer por las cosas que me gustan es:
 - a. Glutamato
 - b. GABA
 - c. Serotonina
 - d. **Dopamina**
 - e. Noradrenalina

10. Mencione la frase correcta, dentro de las causas bioquímicas de la depresión los neurotransmisores:
 - a. Están todos a la baja
 - b. Ya no se producen
 - c. Están todos a la alta
 - d. Se producen demasiado
 - e. **Están en desequilibrio**



Anexo 3

Hoja de interconsulta

INTERCONSULTA CLÍNICA TRASTORNOS AFECTIVOS
PROGRAMA DE DEPRESIÓN RESISTENTE A TRATAMIENTO INPRFM

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: EXPEDIENTE: F. NAC:
EDAD: OCUPACIÓN: LUGAR DE RESIDENCIA:
ESTADO CIVIL: RELIGIÓN: ESCOLARIDAD:

DX ACTUAL EN EXPEDIENTE:

TX ACTUAL INDICADO EN CE:

RESUMEN EPISODIOS DEPRESIVOS:

Se obtiene la información de forma directa e indirecta (paciente y expediente).

Tipo de episodio	Especifique cuáles y cuántos síntomas estuvieron presentes y permitan integrar un diagnóstico categórico según el DSM-5.	Sint. Asoc.	Fecha y duración del episodio	Tratamiento y apego

Resumen de Ensayos Terapéuticos:

Medicamento	# Ensayo	Dosis Máxima (mg/d)	Duración Máxima (apego comprobado)	Máxima Respuesta

Maniobras de Potenciación utilizadas:

COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS:
COMORBILIDADES MÉDICAS:
ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO:
INTOLERANCIA:
ADHERENCIA:
TEC:
EMT:
PSICOTERAPIA:

RESUMEN DE CLINIMETRÍA:

ESCALA	Puntuación	Interpretación				
		Resistencia		Nivel		
HAMD-21		NO	SI	Leve	Moderada	Grave
Montgomery						
Thase and						
Rush						
Maudsley						

IDX PSIQUIATRICA:

CONCLUSIONES:

	SI	NO	COMENTARIO
Resistente a Tratamiento			
Intolerante a Tratamiento			
No Adherente a Tratamiento			
Difícil tratamiento (pseudoresistencia)			

COMENTARIOS:

RECOMENDACIONES GENERALES:

RECOMENDACIONES PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO:

ATENTAMENTE

Dr. Medico Adscrito al Servicio – Clínica de Trastornos Afectivos- Programa DRT 2020
Dra. Residente de 5to año.



Anexo 4

Hoja de ensayos terapéuticos

Anexo 4 - Resumen de Ensayos Terapéuticos - INPRFM

v1.0

44/52

Nombre genérico	Marca	Dosis	Duración Semanas con al menos la dosis mínima antidepresiva	Tolerabilidad Y Respuesta			Toma de dosis mínima por al menos:			Dosis mínima antidepresiva* mg/d	Mg/d tomados	Dosis máxima* mg/d	Mg/d tomados	Potenciación
				Tolerabilidad ^a	Adherencia ^b	Respuesta máxima ^c	4 semanas	6 semanas	8 semanas					

SECCIÓN A: ANTIDEPRESIVOS

Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS)

Citalopram										20	40		
Escitalopram										10	20		
Fluoxetina										20	60		
Fluvoxamina										100	300		
Paroxetina										20	50		
Sertralina										50	200		

Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

Amitriptilina										125	200		
Amoxapina										200	300/600 ^H		
Clomipramina										125	250		
Desipramina										125	250		
Dosulepina / Dotiepina										125	225		
Doxepina										125	300		
Imipramina										125	300		
Lofepramina										140	210		
Nortriptilina										75	150		
Protriptiline										30	60		
Tianeptina										25	50		
Trimipramina										125	300		

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)

Isocarboxazida										30	60		
Fenelzina										45	60/90 ^H		
Tranilcipromina										20	-		
Moclobemida										300	600		
Selegelina										6	12		

Elaboró: Joanna Jiménez Pavón 2019

Anexo 4 - Resumen de Ensayos Terapéuticos - INPRFM

v1.0

45/52

Nombre genérico	Marca	Dosis	Duración Semanas con al menos la dosis mínima antidepresiva	Tolerabilidad Y Respuesta			Toma de dosis mínima por al menos:			Dosis mínima antidepresiva* (mg/d)	Dosis máxima* (mg/d)	Mg/d tomados	Mg/d tomados	Potenciación
				Tolerabilidad ^a	Adherencia ^b	Respuesta máxima ^c	4 semanas	6 semanas	8 semanas					
Antidepresivos Tetracíclicos														
Maprotilina										75	150/225 ^h			
Mianserina										30	90			
Mirtazepina										30	45			
Nefazadona										200	600			
Trazodona										150	600			
Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)														
Desvenlafaxina										50	400			
Duloxetina										60	120			
Levomilnacipran										40	120			
Milnacipran										100	200			
Venlafaxina										75	375			
Moduladores y estimuladores serotoninérgicos														
Vilazodona										10	40			
Vortioxetina										10	20			
Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina (IRN)														
Reboxetina										8	12			
Viloxazina										200	600			
Inhibidores de la Recaptación de Dopamina y Noradrenalina (IRDN)														
Bupropion/Anfebutamona										300	400			
Agonistas de Melatonina														
Agomelatina										25	50			
Otros														
Flupentixol										1	3			

Anexo 4 - Resumen de Ensayos Terapéuticos - INPRFM

v1.0

46/52

Nombre genérico	Marca	Dosis	Duración Semanas con al menos la dosis mínima antidepresiva	Tolerabilidad Y Respuesta			Toma de dosis mínima por al menos:			Dosis mínima antidepresiva* (mg/d)	Dosis máxima* (mg/d)	Mg/d tomados	Potenciación
				Tolerabilidad ^a	Adherencia ^b	Respuesta máxima ^c	4 semanas	6 semanas	8 semanas				

SECCIÓN B: POTENCIACIONES - COADYUVANTES UTILIZADAS

Primera y Segunda línea de coadyuvantes

Aripiprazol									2.5	20		
Olanzapina									10	-		
Quetiapina									150	300		
Risperidona									0.5	3		
Lamotrigina									200	400		
Litio									0.4mmol/l	1.2mmol/l		
Liothyronina; tri-iodothyronina (T3)									20ug	50ug		
Buspirona									15	60		

Terapias de tercera línea u otras

Amantadina									-	300		
Cabergolina									2	2		
d-cycloserina									1000	1000		
Dexamethasona									3	4		
Dexamfetamina									2.5	40		
Hyoscina									-	-		
Ketoconazol									400	800		
Mecamylamina									-	10		
Metilfenidato									20	40		
Modafinil									100	400		
Nemifitida									40 SC	240 SC		
Estrogeno conjugado									-	-		
Omega 3 EPA									1000	2000		
Pindolol									7.5	15		
Pramipexol									0.125	5		

Nombre genérico	Marca	Dosis	Duración Semanas con al menos la dosis mínima antidepresiva	Tolerabilidad Y Respuesta			Toma de dosis mínima por al menos:			Dosis mínima antidepresiva* (mg/d)	Dosis máxima* (mg/d)	Mg/d tomados	Mg/d tomados	Potenciación
				Tolerabilidad ^a	Adherencia ^b	Respuesta máxima ^c	4 semanas	6 semanas	8 semanas					
Riluzole										100	200			
S-adenosyl-L-methionine										400 IM	1200PO			
Testosterona										-	-			
Tryptophano										6000	9000			
Zinc										25	25			
Ziprasidona										-	160			
Ketamina										0.5mg/kg/d.u)				
Esketamina										56mg	84mg			

Anexo 4 - Resumen de Ensayos Terapéuticos - INPRFM

v1.0

48/52

Nombre genérico	Marca	Dosis	Duración Semanas con al menos la dosis mínima antidepressiva	Tolerabilidad Y Respuesta			Toma de dosis mínima por al menos:			Dosis mínima antidepressiva* (mg/d)	Dosis máxima* (mg/d)	Mg/d tomados	Mg/d tomados	Potenciación
				Tolerabilidad ^a	Adherencia ^b	Respuesta máxima ^c	4 semanas	6 semanas	8 semanas					

SECCION OPCIONAL C: ANTIPSICOTICOS Y ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO

Antipsicóticos Atípicos

Amisulpirida										-	-			
Asenapina											20			
Clozapina										-	-			
Iloperidona										2	24			
Lurasidona										40	80			
Melperona										-	-			
Paliperidona										-	-			
Sertindol										-	-			

Antipsicóticos Típicos

Chlorpromazina										-	-			
Fluphenazina										-	-			
Haloperidol										-	-			
Levomepromazina										-	-			
Perphenazina										-	-			
Pimozida										-	-			
Promazina										-	-			
Sulpiride										-	-			
Thioridazina										-	-			
Trifluoperazina										-	-			
Zuclopentixol										-	-			

Anticonvulsivantes

Carbamazepina										600	1600			
Gabapentina										-	2400			
Levetiracetam										-	4000			
Oxcarbazepina										300	3000			
Fenitoína										300	400			

Elaboró: Joanna Jiménez Pavón 2019

Anexo 4 - Resumen de Ensayos Terapéuticos - INPRFM

v1.0

49/52

Nombre genérico	Marca	Dosis	Duración Semanas con al menos la dosis mínima antidepresiva	Tolerabilidad Y Respuesta			Toma de dosis mínima por al menos:			Dosis mínima antidepresiva* (mg/d)	Dosis máxima* (mg/d)	Mg/d tomados	Potenciación
				Tolerabilidad ^a	Adherencia ^b	Respuesta máxima ^c	4 semanas	6 semanas	8 semanas				

Anticonvulsivantes (continuación)

Pregabilina										300	600		
Varproato Semisódico										-	-		
Valproato de sodio										-	-		
Tiagabina										5	45		
Topiramato										-	300		
Zonisamida										100	500		

SECCIÓN OPCIONAL D: OTROS TRATAMIENTOS USADOS COMO COADYUVANTES

Alopurinol										-	-		
Amineptina										-	-		
Armodafinilo											150		
Atamoxetina										40	120		
Bromocriptina										-	-		
Buprenorfina										-	-		
Clonidina										-	-		
Clotiapina										-	-		
Dexmetilfenidato										5	30		
Focalin/ Attenade (US)										5	30		
Hidroxicina										-	-		
Indalpina										-	-		
Inositol										-	12000		
Ketanserina										-	-		
Ketamina										0.5mg/ kg IV	-		
Melatonina										-	-		
Metirapona										1000	-		
Mifepristona										-	-		
Mosopramina										-	-		
Nimodipino										-	180		

Elaboró: Joanna Jiménez Pavón 2019

Nombre genérico	Marca	Dosis	Duración Semanas con al menos la dosis mínima antidepresiva	Tolerabilidad Y Respuesta			Toma de dosis mínima por al menos:			Dosis mínima antidepresiva* (mg/d)	Dosis máxima* (mg/d)	Mg/d tomados	Potenciación
				Tolerabilidad ^a	Adherencia ^b	Respuesta máxima ^c	4 semanas	6 semanas	8 semanas				
Pergolida										-	-		
Perospirona										-	-		
Pipradrol										-	-		
Prazosina										-	-		
Propranolol										-	-		
Pirovalerone										-	-		
Rasagilina										-	-		
Remoxiprida										-	-		
Ritanserina										-	-		
Ropinirol										-	-		
Rotigotina										-	-		
Seteperona										-	-		
Setiptilina										-	-		
Yerba de san juan										-	-		
Tamoxifeno										10	140		
Tandospirona										-	-		
Teniloxazine										-	-		
Tiroxina (T4)										-	-		
Tofenacina										-	-		
Yohimbina										-	30		
Zimelidina										-	-		
Tratamientos de Neuromodulación													
TEC										-	-		
EMTr										-	-		
ENV										-	-		
Terapia Lumínica										-	-		
ECDt										-	-		

Nota: La inclusión de las intervenciones en este registro no indican evidencia o eficacia para su recomendación en DRT. Los médicos siempre deben chequear dosis de los tratamientos con los que no estén familiarizados.

*Los rangos de dosificación se tomaron de las siguientes: Maudsley Prescribing Guidelines, British National Formulary and manufacturer's SPC.

† - Included as first, second or third line augmentation strategies for TRD within Maudsley Prescribing Guidelines (Taylor et al 2015)

‡ - Not currently included in Maudsley Prescribing Guidelines; therefore, not scored for purposes of the Maudsley Staging Method

a – enter free text, or use Clinical Global Impression Treatment Related Adverse Effects (AEs) Index: 1, no AEs; 2, AEs do not significantly interfere with patient's functioning; 3, AEs significantly interfere with patient's functioning; 4, AEs outweigh therapeutic effect.

b – enter free text, or estimate percentage of doses that were taken. To be defined as an adequate trial adherence of at least 75% is needed.

c – enter free text, or use response based on Clinical Global Impression Scale: 1, very much improved; 2, much improved; 3, minimally improved; 4, no change; 5, minimally worse; 6, much worse; or 7, very much worse.

^H – dose in hospitalised patients; for consistency use the lower dose to determine whether maximum dose has been used

VO – oral; IM – intramuscular; IV – intravenosa

Abreviaciones de Intervenciones: TEC – Terapia Electroconvulsiva; EMTr – Estimulación Magnética Transcraneal Repetitiva; ENV – Estimulación del Nervio Vago; ECDt – Estimulación por Corriente Directa Transcraneal. Dosis, duración y parámetros relevantes de la modalidad deben ser descritos: bilateral vs unilateral, frecuencia, sesiones totales, intensidad y áreas cerebrales tratadas

Adaptado de MSM guidelines ⁷



Anexo 6

Escala Morisky de Adherencia a la medicación

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

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

Cuestionario WHODAS

Adaptado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf

WHODAS - Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	<u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse dentro de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	<u>Comer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	<u>Estar solo(a) durante unos días?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Elaboró: Joanna Jiménez Pavón 2019

D4.3	<u>Llevarse bien con personas</u> cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	<u>Tener relaciones sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria						
D5.1	<u>Cumplir con sus quehaceres de la casa</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	Acabar <u>todo</u> el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Si la "persona" trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario o las actividades escolares?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Participación en Sociedad						
En los <u>últimos 30 días</u> :						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas</u> , en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	<u>Cómo considera la cantidad de tiempo</u> que ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Que <u>impacto económico</u> ha tenido usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su familia debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..

H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días ____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días ____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días ____

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.



Anexo 9
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 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.

